



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



Estudo de Caso:

Viabilidade Económico – Financeira do Projecto da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Fundação COI

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde

V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde
Ano Lectivo 2009-2011

Mestrando: Pedro Manuel Afonso Pereira

Orientador: Professor Doutor Carlos Costa

Co-orientador: Professor Doutor Rui Santana

Lisboa, 2011



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública



Estudo de Caso:

Viabilidade Económico – Financeira do Projecto da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Fundação COI

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde

V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde
Ano Lectivo 2009-2011

Pedro Manuel Afonso Pereira

Agradecimentos

Quero apenas deixar umas palavras de agradecimento às pessoas que mais contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha família e amigos, em especial à minha mãe, pelo incondicional apoio e permanente incentivo. À Joana, pela infinita paciência e companheirismo, que em muito contribuíram para a sua realização. Não existem palavras para expressar todo o apoio que me deram.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Carlos Costa e Professor Doutor Rui Santana, agradeço as orientações e a disponibilidade que apresentaram ao longo do trabalho e que contribuíram para a sua melhoria.

Da Fundação COI, agradeço especialmente, ao Presidente do Conselho de Administração, Engenheiro Carlos Marques Taleço, à Vogal do Conselho de Administração, Dra. Mara Rebelo e ao Enfermeiro Roberto Almeida, pela permanente disponibilidade, apoio, informações, documentos cedidos e oportunos esclarecimentos. E ainda, a todos os colaboradores e responsáveis, que directa ou indirectamente contribuíram para a elaboração do trabalho.

À Doutora Adelaide Meneses, Coordenadora da Equipa de Coordenação Local da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, pelas suas orientações.

À Enfermeira Maria João Girão, da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, pela ajuda prestada, pelas informações, esclarecimentos e dados fornecidos.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

Resumo e Palavras-chave

Este trabalho consiste numa análise sobre a viabilidade económico-financeira do projecto de construção de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção pela Fundação COI, que pretende ser uma resposta adequada à diversidade de fenómenos que têm origem no envelhecimento populacional, inserindo-se no modelo de prestação de cuidados de saúde e apoio social preconizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Em termos estruturais, numa primeira fase, o trabalho faz uma análise sobre o estado da arte dos cuidados continuados, nomeadamente através da sua conceptualização e enquadramento, focando os aspectos e características da RNCCI, nomeadamente os aspectos relacionados com a sustentabilidade financeira e os desafios futuros que este sector da saúde se confronta.

Numa segunda fase, o trabalho apresenta o projecto de investimento alvo do estudo de caso, mediante o enquadramento histórico e caracterização da Fundação COI, sendo descrita especificamente a tipologia de longa duração e manutenção e o projecto em termos da sua estrutura física e humana.

Numa terceira fase, o trabalho estuda a racionalidade do projecto de investimento, através da análise económico-financeira. Tendo-se concluído, com a utilização de indicadores de avaliação e decisão de investimentos, que a ULDM, é viável. Deve-se contudo ter em conta que a sua viabilidade é sensível a hipotéticas alterações de cenários, nomeadamente perante diferentes taxas de ocupação ou alteração do modelo de pagamento.

Palavras-chave: Fundação COI; ULDM; RNCCI; Viabilidade; Sustentabilidade; Desafios.

Summary and Keywords

This paper consists on analyzing the economical and financial viability of a project of Integrated Continuous Cares on Long-Term and Maintenance Unit (LTMU), managed by COI Foundation, that can create a correct social answer on the various aspects and phenomenon's that have their origin in an aged population. This kind of project belongs in the role model of social and health cares of the National Network of Integrated Continuous Cares (NNICC).

In a first stage the paper is focused on the analysis of the state of the present services of the continuous cares in Portugal, more concretely of his conceptualization and social frame, putting under the lights the aspects and characteristics of the NNICC, more closely the parts related to their financial sustainability and the challenges that this health sector faces nowadays.

The next stage is about the investment project applied to this case-study, given his social and historical frame and attending to the specific characteristics of the COI Foundation. It's also describing its specific LTMU typology under the involved physic and human structure.

Finally this paper study the investment project rationality trough scientific methods like its economic-financial analysis.

The conclusion, using decision and evaluation procedures that lead to financial indicators, is that the LTMU, is viable. However, the viability of the project is sensible to an hypothetical change of scenario, namely with different rates of change of occupation or type of payment.

Keywords: COI Foundation; LTMU; NNICC; Viability; Sustainability; Challenges.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo e Palavras-chave.....	ii
Summary and Keywords.....	iii
Índice de Tabelas.....	v
Índice de Figuras.....	vi
Abreviaturas.....	vii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	4
2.1. Conceptualização dos Cuidados Continuados Integrados.....	4
2.1.1. Enquadramento dos Cuidados Continuados Integrados.....	5
2.2. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	8
2.2.1. Modelo de Gestão e Financiamento da RNCCI.....	11
2.2.2. Modelo de Adesão à RNCCI por parte das Entidades Interessadas.....	12
2.2.3. Modelo de Contratualização na RNCCI.....	12
2.2.4. Tipologias de Unidades de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI.....	13
2.2.5. Critérios de Referenciação de Utentes e Ingresso na RNCCI.....	15
2.2.6. Garantia e Monitorização da Qualidade nos CCI e na RNCCI.....	16
2.2.7. Caracterização dos Utentes da RNCCI.....	18
2.2.7.1. Perfil dos Utentes da RNCCI.....	18
2.2.7.2. Avaliação da Autonomia Física na RNCCI.....	19
2.2.8. Sustentabilidade Financeira e Desafios dos CCI e da Rede.....	22
2.2.9. Perspectivas Internacionais sobre a Sustentabilidade dos LTC.....	26
2.3. Estudo de Viabilidade Económico – Financeira do Projecto da ULDM.....	28
2.3.1. Enquadramento Histórico da Fundação COI.....	28
2.3.2. Caracterização da Fundação COI.....	31
2.3.3. Organograma da Fundação COI.....	34
2.3.4. Tipologia e Características da Unidade de Internamento da Fundação COI.....	35
2.3.5. Estrutura Física da ULDM da Fundação COI.....	37
2.3.6. Recursos Humanos da ULDM da Fundação COI.....	40
3. Objectivos.....	43
4. Metodologia.....	45
5. Resultados.....	48
5.1. Pressupostos Técnicos, Económicos e Financeiros.....	48
5.2. Investimento e Financiamento.....	49
5.2.1. Investimento.....	49
5.2.2. Financiamento.....	50
5.3. Estrutura de Gastos Estimada.....	51
5.3.1. Amortizações e Depreciações do Investimento.....	51
5.3.2. Encargos Financeiros Previstos.....	51
5.3.3. Recursos Humanos.....	53
5.3.3.1. Cálculo dos Gastos com o Pessoal.....	53
5.3.4. Fornecimentos e Serviços Externos.....	54
5.3.4.1. Estimativa dos Fornecimentos e Serviços Externos.....	54

5.4. Estimativa de Rendimentos.....	55
5.5. Mapas Financeiros.....	56
5.5.1. Demonstração dos Fluxos de Caixa (Método Directo).....	57
5.5.2. Mapa de Necessidades de Fundo de Maneio.....	58
5.5.3. Mapa de Demonstração de Resultados Previsionais	59
5.5.4. Balanço Previsional.....	60
5.6. Critérios de Avaliação e de Decisão de Investimentos	61
5.6.1. Cash-Flow, Valor Actual Líquido, Período de Recuperação do Investimento e Taxa Interna de Rentabilidade do Projecto.....	61
5.6.2. Evolução do Ponto Crítico (Euros) e da Margem de Segurança (Económica).....	64
5.7. Análise de Risco e Incerteza do Projecto.....	65
5.7.1. Análise de Sensibilidade (Multi-variada)	65
5.7.2. Análise de Pontos Críticos.....	67
5.7.3. Cenários Alternativos	69
5.7.3.1. Diferentes Taxas de Ocupação da ULDM	69
5.7.3.2. Alteração do Modelo de Pagamento à ULDM.....	70
6. Discussão.....	74
7. Conclusão	79
Referências Bibliográficas.....	82
Anexos.....	88

Índice de Tabelas

Tabela I: Evolução da Autonomia Física Global na RNCCI em 2010 (Admissão-Alta), sem Incontinentes.....	21
Tabela II: Pressupostos Técnicos, Económicos e Financeiros.....	48
Tabela III: Plano Global de Investimento.....	49
Tabela IV: Mapa de Financiamento do Projecto.....	50
Tabela V: Mapa de Depreciações e Amortizações do Investimento.....	51
Tabela VI: Condições de Financiamento Prevista da Instituição de Crédito.....	52
Tabela VII: Mapa de Encargos Financeiros Previstos.....	52
Tabela VIII: Calculo dos Gastos com o Pessoal.....	53
Tabela IX: Gastos com o Pessoal.....	54
Tabela X: Estimativa dos Fornecimentos e Serviços Externos.....	55
Tabela XI: Tabela dos Preços Praticados na RNCCI em 2010, para as ULDM.....	56
Tabela XII: Estimativa de Rendimentos.....	56
Tabela XIII: Demonstração dos Fluxos de Caixa (Método Directo).....	57
Tabela XIV: Mapa de Necessidades de Fundo de Maneio.....	58
Tabela XV: Mapa de Demonstração de Resultados Previsionais (por naturezas).....	59
Tabela XVI: Balanço Previsional.....	60
Tabela XVII: Análise de Cash-Flows Previsionais.....	63
Tabela XVIII: Cash-Flow, do VAL, PRI e TIR do projecto da ULDM.....	63
Tabela XIX: Evolução do Ponto Crítico e da Margem de Segurança.....	64
Tabela XX: Cenário de Variações nos Totais dos Gastos com o Fornecimento e Serviços Externos.....	65
Tabela XXI: Cenário de Variações nos Totais dos Gastos com o Pessoal.....	66
Tabela XXII: Cenário de Variações nos Totais do Rendimento (Diária de Internamento nas ULDM)	66
Tabela XXIII: Ponto Crítico da Variável Total de Gastos com o Fornecimento e Serviços Externos.....	67
Tabela XXIV: Ponto Crítico da Variável Total dos Gastos com o Pessoal.....	68
Tabela XXV: Ponto Crítico da Variável Total dos Rendimentos.....	68
Tabela XXVI: Cenários de Taxas de Ocupação Diferentes.....	70
Tabela XXVII: Estimativa do Perfil de Utentes Admitidos na ULDM.....	71
Tabela XXVIII: Efeitos de Diferentes Cenários de Alteração do Modelo de Pagamento na ULDM.....	72

Índice de Figuras

Figura I: Principais Competências das ECR.....	10
Figura II: Principais Competências das ECL.....	11
Figura III: Tipologias de Resposta na RNCCI.....	13
Figura IV: Missão, Visão e Valores da Fundação COI.....	32
Figura V: Áreas Estratégicas da Fundação COI.....	32
Figura VI: Balanço Social da Fundação COI em 2010.....	33
Figura VII: Dimensão Financeira da Fundação COI em 2010.....	33
Figura VIII: Organograma da Fundação COI	34

Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ATL - Actividades de Tempos Livres
AVAC - Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado
AVD - Actividades da Vida Diária
CAFAP - Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental
CAT - Centro de Acolhimento Temporário
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CDSS - Centro Distrital da Segurança Social
CE – Comissão Europeia
CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade
COI – Centro de Ocupação Infantil
CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL - Equipa de Coordenação Local
ECR - Equipa de Coordenação Regional
ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA - Equipa de Gestão de Altas
EUA – Estados Unidos da América
IAI - Instrumento de Avaliação Integrado
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ISS – Instituto da Segurança Social
LTC – Long-Term Care
MS - Ministério da Saúde
MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

OSFL – Organização Sem Fins Lucrativos

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRI – Período de Recuperação do Investimento

RAI – Resultados Antes de Impostos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI - Rendimento Social de Inserção

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNC - Sistema de Normalização Contabilística

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAE – Taxa Anual Efectiva

TAEG – Taxa Anual Efectiva Global

TASG – Técnico(a) Auxiliar de Serviços Gerais

TN – Taxa de Juro Nominal

TIR – Taxa Interna de Rentabilidade

UDPA - Unidade de Dia e Promoção da Autonomia

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

VAL – Valor Actual Líquido

Introdução

1. Introdução

Este trabalho de projecto é sobre a Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) da Fundação COI. A ULDM destina-se a prestar cuidados continuados de saúde e apoio social de uma forma integrada a indivíduos em situação de dependência.

Actualmente existe um consenso alargado sobre a necessidade e importância de preparar o país e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com estruturas e processos adequados às necessidades emergentes verificadas, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, ou seja, integrados.

Isto deve-se sobretudo ao aumento exponencial do número de idosos e também de indivíduos cada vez mais novos em situação de doença crónica e/ou dependência, que necessitam de estruturas de apoio e suporte diferenciadas que forneçam este tipo de prestação de serviços.

Tendo em conta o contexto actual das famílias, em que se denota um crescimento de formas de organização familiar atípicas, influenciadas por condições económicas precárias, onde o agregado familiar é cada vez mais reduzido e os elementos mais idosos das famílias acabam muitas vezes por ficar isolados nas suas residências, devido a razões laborais e de sustentabilidade financeira do agregado familiar, tornando-se difícil ou mesmo impossível a permanência do cuidador informal junto do seu idoso, doente crónico e/ou dependente.

Por outro lado, em muitos casos os idosos e/ou indivíduos em situação de doença crónica e/ou dependência, devido a uma situação aguda, acabam por ser encaminhados para um hospital. Depois de tratados, este tipo de indivíduos necessitam de um período, mais curto ou mais longo, de prestação de cuidados continuados de reabilitação, readaptação e reintegração, pelo que, deverão ser encaminhados/referenciados para unidades de internamento específicas que prestem cuidados continuados de uma forma mais eficiente na afectação de recursos e ao mesmo tempo mais eficaz nos resultados alcançados pelo doente.

Contudo, verifica-se uma enorme carência deste tipo de equipamentos específicos para a prestação destes cuidados e as organizações sem fins lucrativos, assumem neste aspecto, em particular, um parceiro do Estado na criação de estruturas que promovam a continuidade dos cuidados, integrando a prestação de cuidados de saúde com a perspectiva social do indivíduo e do seu agregado familiar, de uma forma eficiente, efectiva, equitativa e com qualidade.

Devido a isto e com base em modelos internacionais, foi criada em Portugal, uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que se tem alargado pelo país através do co-financiamento, proporcionado pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), no âmbito do Programa Modelar, que incentivam financeiramente entidades privadas e nomeadamente organizações do terceiro sector, a construir de raiz ou a reabilitar edifícios para as unidades de Cuidados Continuados Integrados (CCI) em diversas tipologias.

A Fundação COI, enquanto Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), candidatou-se à segunda fase do Programa Modelar, junto da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), para a

construção de raiz de uma unidade de CCI, na tipologia, de Longa Duração e Manutenção, inserida na RNCCI.

Desta forma, pretende-se com este trabalho analisar a viabilidade e a racionalidade económico-financeira do projecto de investimento, segundo os pressupostos apresentados, mas tendo em atenção as possíveis consequências de hipotéticas alterações de cenários futuros, tais como, perante alterações da taxa de ocupação da unidade e mudança do modelo de pagamento, tendo em conta o perfil de utentes desta tipologia.

Importância do Tema: O modelo de CCI encontra-se em expansão em diversos países, constituindo-se como um instrumento fundamental para a melhoria da eficiência ao nível das organizações de saúde e ao mesmo tempo na melhoria da eficácia da prestação de cuidados, integrando em simultâneo a prestação de cuidados de saúde com o apoio social. São inúmeros os estudos que evidenciam as vantagens da adopção deste novo modelo, nomeadamente em termos clínicos, organizativos, sociais e económicos. Caracterizando-se por ser um modelo focado no utente, que prioriza a melhoria contínua da qualidade e a satisfação dos seus utentes, prestando cuidados mais humanizados, mostrando assim, ser uma resposta adequada às necessidades provenientes do aumento do envelhecimento populacional. Em Portugal, a prestação de CCI, encontra-se a ser implementada desde 2006, através da RNCCI, tendo mostrado particular importância na redução dos gastos públicos em saúde, contudo, os gastos com este sector específico da saúde, ainda são inferiores a outros países da União Europeia. Esta apresenta-se como uma das soluções para a sustentabilidade do SNS, no entanto, ainda existe um longo caminho a percorrer, nomeadamente na melhoria da sua articulação com todos os intervenientes da RNCCI, de forma a melhorar o acesso à Rede, sendo que os cuidados domiciliários ainda se encontram no início de uma fase evolutiva. Apesar disso, os resultados globais têm sido positivos, tendo no entanto de se adaptar aos desafios futuros que se adivinham.

Razão da Escolha: A razão da escolha deste tema para o trabalho de projecto, prende-se com o facto de considerar pertinente verificar a viabilidade económico-financeira de uma unidade de CCI, inserida na Rede. Os CCI e a sua implementação através da RNCCI, constituem-se como uma estratégia fundamental do sector da saúde e do sector social, sendo importante garantir a sua viabilidade. Tendo em conta que estes estudos ainda não se encontram bem desenvolvidos em Portugal, considere-se um desafio a sua realização. Podendo este, ser aplicado através da metodologia adoptada, a outras unidades de CCI.

Enquadramento Teórico

- **Conceptualização dos Cuidados Continuados Integrados**
- **Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**
- **Estudo de Viabilidade Económico – Financeira do Projecto da ULDM da Fundação COI**

2. Enquadramento Teórico

2.1. Conceptualização dos Cuidados Continuados Integrados

Os cuidados continuados são definidos e caracterizados de diferentes maneiras segundo diversas entidades, tais como a União Europeia (UE), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) através da RNCCI.

A UE indica que os CCI estão enquadrados no Comité de Protecção Social e são denominados Cuidados de Longa Duração (“Long-Term Care” – LTC). Estas respostas dos sistemas de saúde e sociais, apesar da denominação, não reúnem somente respostas de longa duração, como também outros tipos de cuidados.

A OCDE (Long-Term Care for Older People, 2005) descreve os LTC, como sendo uma série de serviços para indivíduos dependentes de auxílio externo, por serem incapazes de realizar as suas actividades diárias, resultado de uma debilidade física e/ou mental. Estes geralmente encontram-se inseridos na prestação de serviços de saúde, como a profilaxia, a monitorização de saúde, a gestão da dor, a medicação, o tratamento de feridas, a reabilitação e os cuidados paliativos. Em diversos países, estes cuidados são prestados pelos LTC, existindo um vasto número de soluções e definições para os mesmos (OECD, 2005).

A CE (Long-Term Care in the European Union, 2008), refere que os LTC englobam diversos serviços de saúde e de apoio social, para indivíduos incapacitados de executar as suas actividades diárias, como consequência do aparecimento de doenças crónicas ou debilidade física e/ou mental. Nos Estados Membros, existe uma variedade de organizações de cuidados de saúde e sociais, que divergem nas divisões de responsabilidade, originando uma diversidade de serviços e organização de LTC (European Commission, 2008).

Os Cuidados Continuados, para a OMS (Lessons for Long-Term Care Policy, 2002), abrangem as actividades prestadas pelos cuidadores formais e informais, sendo eles, os profissionais de saúde, sociais, os voluntários, entre outros, cujo objectivo, é melhorar a qualidade de vida dos indivíduos incapacitados de cuidar de si próprios a longo prazo. Contudo, esta definição não é tão completa, como as acima referidas, pois não inclui a prevenção, o tratamento das doenças crónicas e a reabilitação dos doentes (World Health Organization, 2002).

Pelo facto de existirem diversas definições de LTC, alguns autores, como Chan e Kenny (2002), concluíram que não existe uma terminologia universal e consequentemente propuseram que se criasse um novo termo (Chan; Kenny, 2001).

Posto isto, foi criado um novo conceito, o de Cuidados Continuados (“Continuing Care”), que engloba uma perspectiva geral, referente a tudo o que é inerente aos serviços de sistemas de saúde e sociais. Este é composto principalmente por, cuidados institucionais, serviços comunitários e apoio domiciliário.

Os objectivos destes cuidados são essencialmente, promover respostas mais apropriadas às necessidades específicas dos doentes; melhorar os serviços que prestam os cuidados continuados aos indivíduos que

padecem de doenças crónicas ou se encontram debilitados; auxiliar na recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar; ampliar a capacidade de resposta dos serviços de saúde e de apoio social, no âmbito da reabilitação integral e aumento da autonomia dos utentes.

Em Portugal e segundo o glossário da RNCCI, de Abril de 2009, pode-se definir CCI como um “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (UMCCI, 2009).

Os CCI, articulam a prestação de cuidados de saúde com o apoio social, de forma a responder à perda de autonomia e apostando na permanência do dependente na comunidade, com uma melhor qualidade de vida e um bem-estar acrescido tanto para o próprio como para a sua família.

De um modo geral, os cuidados continuados são prestados, essencialmente quando um indivíduo precisa de apoio, tanto para as suas necessidades físicas como emocionais, durante um determinado período temporal.

Os CCI, enquanto cuidados de saúde terciários, vêm colmatar o espaço existente entre os cuidados de saúde primários (Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES) e os cuidados de saúde secundários (Hospitais), que pelas suas características organizacionais não são adequados para responder às necessidades específicas deste tipo de população. É fundamental um modelo organizacional específico para a prestação de CCI, pois apenas desta forma se pode garantir a adequação da intensidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade futura do Sistema de Saúde.

No âmbito da oferta de cuidados continuados, verifica-se a existência de uma ampla variedade de ambientes de cuidados formais à disposição, desde os lares de idosos, casas assistenciais, agências de saúde, serviços de assistência no domicílio, unidades específicas para os CCI, entre outros tipos de serviços de apoio.

Também se identificam prestadores informais de cuidados continuados, como sendo os membros das famílias, vizinhos, amigos, voluntários, organizações comunitárias, entre outros.

2.1.1. Enquadramento dos Cuidados Continuados Integrados

No decorrer das últimas décadas, têm-se verificado consideráveis mudanças demográficas e epidemiológicas na globalidade dos países, verificando-se uma rápida inversão da pirâmide etária da população.

Estas mudanças caracterizam-se, essencialmente pelo envelhecimento demográfico, a nível mundial, prevendo-se para a próxima década um crescimento ainda mais considerável da população idosa, proveniente da geração baby boomer, pós segunda guerra mundial (1945).

Segundo o Estudo das Necessidades dos Seniores em Portugal – Relatório Final, estima-se que em 2050 existam cerca de 2.000 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, passando assim este nível etário da população a representar mais de 20% da população mundial. Assim sendo e pela primeira vez, em 2045, estima-se que os indivíduos com mais de 60 anos ultrapassem o número de indivíduos com idade igual ou inferior a 15 anos (CEDRU, 2008).

Nos Estados Unidos da América (EUA), ao longo dos próximos 20 anos, o número de americanos com 65 anos ou mais irá duplicar para 71 milhões, passando a representar 20% da população americana (Prudential Research Report, 2010).

Em Portugal, também se tem vindo a verificar um progressivo envelhecimento da população. Entre 1960 e 2000, a população idosa aumentou para mais do dobro, de 8% para 16,4%. Prevendo-se que em 2050, esta represente cerca de um terço de toda a população, colocando Portugal como um dos países mais envelhecidos a nível mundial (CEDRU, 2008).

A transição do padrão demográfico surge devido às baixas taxas de fecundidade, mortalidade e ao aumento da esperança média de vida, resultado dos progressos tecnológicos verificados na área da saúde (medicina e cirurgia), o que possibilita um tempo de vida mais prolongado.

O aumento da população idosa, associado a factores genéticos e estilos de vida sedentários da sociedade actual, levam ao aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes entre a população. Originando desta forma, a necessidade de respostas adequadas para fazer face à elevada dependência deste tipo de população.

Constata-se, cada vez mais, que o avanço tecnológico na saúde e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados médicos permite aumentar a esperança média de vida da população, fazendo com que mais crianças e adultos com doenças crónicas ou incapacitantes sobrevivam por períodos maiores de tempo, o que também contribui para a crescente procura de cuidados adequados a estas circunstâncias.

Para além disso, muitas destas pessoas idosas e dependentes encontram-se numa posição insustentável do ponto de vista financeiro, devido ao agravamento das suas condições económicas e sociais, associadas a um aumento das despesas inerentes ao seu estado de saúde, colocando-as assim também numa posição de elevada dependência e fragilidade social.

Deparando-se estes, com a dura realidade de simplesmente não possuírem recursos financeiros para obter os serviços adequados, seja no seu domicílio, na sua comunidade, ou em instalações específicas para a prestação de CCI.

Esta conjuntura de factores, coloca uma elevada pressão nas famílias que possuem um ou mais elementos do seu agregado familiar nestas condições de dependência e que detêm um papel de cuidadores informais neste processo. Por sua vez, aumenta a pressão nos prestadores de cuidados formais, para melhorarem a qualidade das suas infra-estruturas, práticas clínicas e resultados na melhoria da qualidade de vida, tanto aos indivíduos

dependentes, como aos próprios cuidadores informais por motivos de descanso. Simultaneamente, gera pressão na capacidade que as sociedades, os países e os governos têm de fornecer respostas adequadas a estas circunstâncias, de forma a garantir uma adequação da intensidade dos cuidados prestados.

O número de pessoas com condições incapacitantes está a aumentar substancialmente, tendo um efeito importante sobre a procura e a oferta de cuidados continuados, assim como nos recursos físicos e humanos necessários para prestar este tipo de serviços.

São diversos os países que se deparam com a necessidade de dar respostas ao crescente envelhecimento populacional, adoptando cada um, um modelo de resposta adequado à sua realidade. Assim sendo, os cuidados continuados assumem formas diferentes em termos organizacionais para responder a estas necessidades, verificadas a nível mundial, contudo, encontram-se continuamente num processo de reformulação, com vista à sua melhoria e sustentabilidade.

Estes são alguns exemplos desses modelos em diferentes países:

- Nos EUA, mais de 12 milhões de pessoas, precisam de algum tipo de cuidados continuados. Cerca de um terço desses indivíduos têm grandes necessidades de cuidados. Os idosos norte-americanos são o único grupo de cidadãos, cuja saúde é considerada um direito universal. Ainda assim, os idosos que necessitam de cuidados continuados estão pouco protegidos. O seguro de saúde Medicare é um programa do governo que financia os cuidados médicos de quase todos os idosos e de pessoas doutros escalões etários com algum tipo de dependência. No entanto, uma grande parte da população que necessita de cuidados continuados não é abrangida pelo Medicare, pois este apenas cobre tangencialmente alguns serviços de cuidados continuados. A maioria dos cuidados continuados são prestados por cuidadores informais, tais como a família e os amigos. Existe ainda um programa federal/estatal, o Medicaid que providencia um seguro de saúde para as famílias com baixos rendimentos, caracterizando-se por ser a principal rede de suporte financeiro dos cuidados continuados nos Estados Unidos (Feder, 2000).
- A Alemanha tem um regime de seguro social obrigatório para os cuidados continuados, que cobre praticamente toda a população, cerca de 90%. O resto da população é abrangida por um regime de seguro privado obrigatório. O regime de seguro social envolve critérios de elegibilidade, que, se cumpridos, os indivíduos têm o direito de escolher entre os diferentes tipos de serviços ou benefícios monetários. Existem três níveis de dependência que determinam o nível do benefício. O regime é financiado por contribuições sociais, pagas por trabalhadores e entidades patronais. As pessoas com níveis de dependência mais baixos, não são cobertas pelos seguros de cuidados continuados (Comas-Herrera et al., 2003).
- Em Espanha, o sistema caracteriza-se por ser descentralizado e pode ser denominado como um "sistema de serviços regionais de cuidados continuados". Existe uma enorme esperança nos cuidados

informais, contudo, devido à participação mais activa da mulher no mundo do trabalho, prevê-se um aumento da dependência em termos de cuidados formais. O acesso ao financiamento público dos cuidados continuados é baseado numa avaliação das necessidades e recursos, consoante a região. A regulação é feita pelos governos regionais e é proporcionada pelas autoridades locais e pelo sector privado, na sua maioria sem fins lucrativos. A prestação de cuidados de saúde é proporcionada de forma gratuita através do serviço nacional de saúde, que também é organizado a nível regional. Os cuidados continuados em Espanha são financiados na sua maioria por impostos e uma pequena parte através de co-pagamentos (Comas-Herrera et al., 2003).

- Em Itália, os cuidados continuados são divididos entre os prestadores públicos e privados de cuidados de saúde e de apoio social. Os cuidados de saúde são prestados pelo serviço nacional de saúde italiano, de uma forma gratuita. Os impostos nacionais e locais são a principal fonte de financiamento. Os três principais tipos de assistência nos cuidados continuados públicos, são os cuidados institucionais, os cuidados comunitários e os subsídios monetários. O nível de prestação de serviços na comunidade, com o financiamento público deverá aumentar nos próximos anos (Comas-Herrera et al., 2003).
- No Reino Unido, os serviços de saúde prestados através do Serviço Nacional de Saúde são gratuitos no momento do seu uso. Os serviços sociais são fornecidos pelas autoridades locais. Os cuidados primários são responsáveis por fornecer cuidados de saúde à sua população. As autoridades locais são responsáveis pela avaliação das necessidades, definição de critérios de elegibilidade e por organizar os serviços sociais para a sua população. O acesso aos serviços é realizado através de uma avaliação das necessidades dos cuidados. Os serviços de saúde são financiados, principalmente por impostos centrais, sendo os serviços sociais financiados pela tributação central e local e por taxas de utilização (Comas-Herrera et al., 2003).

Assim sendo, o aumento da procura de cuidados continuados é exponencial e a oferta desses serviços encontra-se a ser redefinida, adaptada e melhorada de acordo com as novas realidades e desafios que se deparam. Nomeadamente, no que diz respeito à garantia do acesso da população a estes serviços específicos, à qualidade dos serviços prestados e principalmente à sustentabilidade dos sistemas de saúde.

2.2. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI, surge como a resposta portuguesa à necessidade de responder às consequências das alterações demográficas, nomeadamente o aumento do número da população idosa e alterações no tecido social que originam o crescente aumento dos indivíduos em situação de dependência.

A RNCCI, surgiu por isso como estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços

adequados, que respondessem à crescente necessidade de cuidados desta fatia da população, articulando os serviços de saúde com o apoio social.

Assim a Rede constitui-se, como um novo modelo organizacional criado em parceria entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) e o Ministério da Saúde (MS), oferecendo respostas multi-setoriais que promovem a continuidade da prestação de cuidados integrados a todos os indivíduos em situação de dependência, perda de autonomia ou em situação de doença terminal. Sendo formada por um conjunto de instituições do sector público e do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que assumem um papel fundamental na criação da Rede.

A Rede, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o intuito de implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão, criando novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às necessidades dos diferentes grupos em situação de dependência, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado.

Com este novo modelo organizacional, a Rede vem estimular a redefinir o papel dos hospitais, reforçando o papel dos cuidados primários de saúde como solução para a sustentabilidade do próprio sistema nacional de saúde. Visando a obtenção de ganhos em saúde; o aumento da cobertura da Rede a nível nacional; o reforço da articulação entre os serviços de saúde e o apoio social; a manutenção dos indivíduos dependentes no seu domicílio, sempre que possível; a redução da procura de serviços hospitalares de agudos pelos indivíduos dependentes; a melhoria da qualidade de vida das pessoas em situação de dependência (UMCCI, 2009).

A Rede considera ainda como objectivos estratégicos à sua intervenção, a redução da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos; a redução da taxa média de ocupação de camas hospitalares; a redução do número de internamentos e reinternamentos de indivíduos em situação de dependência e a redução de custos das unidades hospitalares de agudos (UMCCI, 2009).

A implementação da Rede a nível nacional, assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, estabelecido em três fases, com um horizonte temporal de 10 anos. Numa primeira fase (2006 – 2008), a meta a atingir era 30% de cobertura do território nacional. Numa segunda fase (2009 – 2012), pretende atingir como meta 60% de cobertura do território nacional. Numa terceira fase (2013 – 2016), pretende uma cobertura total de 100% do território nacional (UMCCI, 2009).

A lógica do modelo de gestão da RNCCI, assenta na descentralização e contratualização de serviços, assegurando a prestação de cuidados de saúde e de apoio social através de unidades de internamento, unidades de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (UMCCI, 2009).

A coordenação da Rede é estabelecida a três níveis, a nível nacional, a nível regional e a nível local. A nível nacional é exercida através da UMCCI, criada pela Resolução do Conselho de Ministros N.º 168/2006, sendo operacionalizada a nível regional pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e a nível local pelas Equipas de Coordenação Local (ECL), esta descentralização visa articular de forma eficiente e efectiva os diferentes

níveis da Rede, conseguindo assim garantir uma flexibilidade e sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização das unidades e equipas que a compõem (UMCCI, 2009).

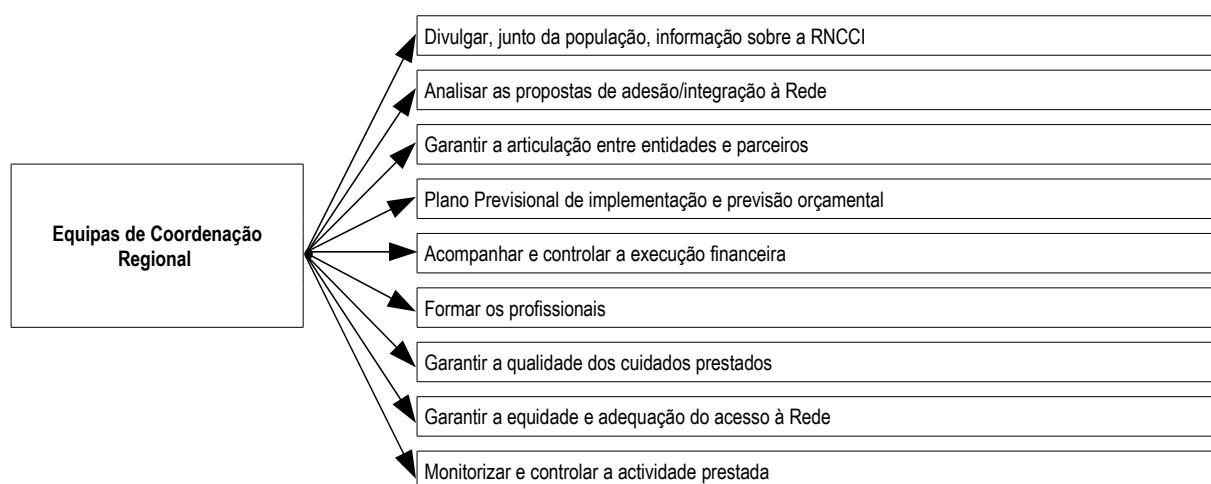
Nos três níveis de coordenação, encontra-se presente a sua constituição inter-sectorial, sendo as equipas constituídas tanto por elementos da área da saúde como da segurança social.

A UMCCI, tem como competência conduzir e lançar o projecto da RNCCI e contribuir para a sua implementação através da imprescindível articulação entre os centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social e as Redes nacionais de Saúde e Segurança Social.

As ECR, são constituídas por representantes das Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e dos Centros Distritais da Segurança Social (CDSS), sendo asseguradas por cinco equipas, uma por cada região de saúde, constituídas por profissionais multidisciplinares, com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, do MTSS e do MS.

As principais competências das ECR, encontram-se apresentadas na Figura I.

Figura I: Principais Competências das ECR



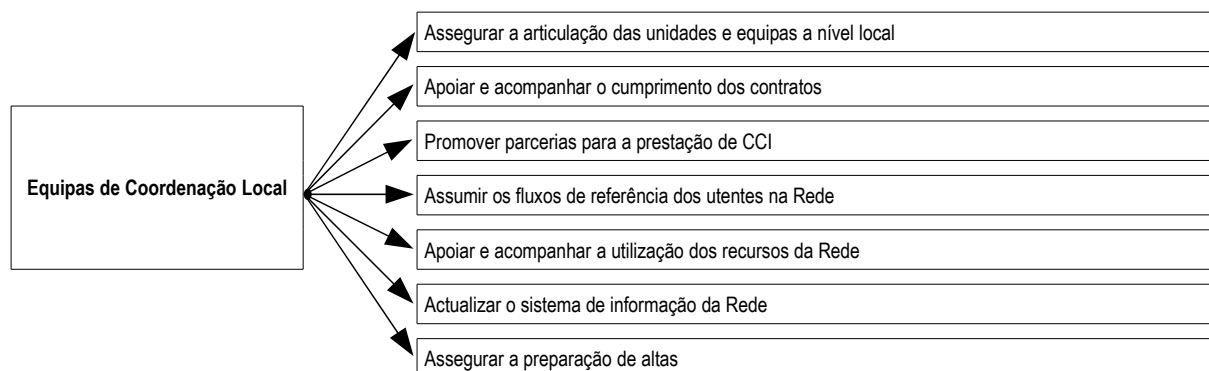
Fonte: UMCCI, 2009

As ECL, também são constituídas por profissionais multidisciplinares representantes da ARS e da Segurança Social, sendo compostas pelo menos por um médico e um enfermeiro do Centro de Saúde e um elemento do CDSS. Sempre que necessário também deve ser constituído por um representante da autarquia local, designado pelo presidente da Câmara Municipal do respectivo Concelho (UMCCI, 2009).

As especificidades da coordenação local encontram-se definidas no Despacho conjunto n.º 19040/2006 do MTSS e do MS.

As ECL actuam na área de influência dos respectivos ACES, estando articuladas com a respectiva coordenação regional as competências que estão apresentadas na Figura II.

Figura II: Principais Competências das ECL



Fonte: UMCCI, 2009

2.2.1. Modelo de Gestão e Financiamento da RNCCI

O sistema de financiamento dos CCI em Portugal é baseado no modelo de Beveridge que depende predominantemente dos impostos e é controlado pelo sector público.

Desta forma, o financiamento da Rede é essencialmente assegurado pelo Orçamento de Estado, competindo à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), assumir os encargos orçamentais provenientes das instalações e do funcionamento da UMCCI, assim como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através de receitas oriundas dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo estas divididas entre o MTSS (34%) e o MS (16,6%), segundo o Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março.

Existe ainda uma componente do financiamento proveniente da comparticipação dos utentes e/ou agregados familiares na proporção dos seus rendimentos, mas apenas para despesas oriundas do apoio social.

Os cuidados de saúde e de apoio social prestados pelas unidades de internamento da RNCCI, são pagos de acordo com a tabela de preços fixada através da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, tendo sido a sua última actualização feita através da Portaria n.º 326/2010, de 16 de Junho.

Especificamente em relação às ULDM da Rede e devido à elevada incidência de utentes que sofrem de incontinência urinária nesta tipologia de Unidades de Internamento, acresce o pagamento pela Segurança Social de um valor diário por utente, de forma a compensar os encargos decorrentes da utilização de fraldas e por sua vez diminuindo os custos económicos das Unidades, de acordo com o disposto no Despacho n.º 12082/2010, de 27 de Julho.

Pode-se assim dizer que o modelo de financiamento obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva, dependendo o financiamento das unidades e equipas da Rede das condições de funcionamento das respostas, conforme o disposto no artigo 46º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

O financiamento pode variar, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, ou seja, em função da tipologia dos cuidados prestados, dependendo se estamos perante respostas que integram a componente de apoio social ou apenas a componente da prestação de cuidados de saúde.

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as ULDM, as Unidades de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são financiadas pelo MTSS e pelo MS, sendo o financiamento das restantes tipologias de cuidados prestados da responsabilidade exclusiva do MS, conforme o disposto no artigo 47º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

2.2.2. Modelo de Adesão à RNCCI por parte das Entidades Interessadas

As entidades privadas com ou sem fins lucrativos, que pretendam integrar a RNCCI têm de contactar a ECR sediada na ARS respectiva, de forma a serem informados sobre os requisitos exigidos para a adesão à Rede, nomeadamente as condições de funcionamento constantes na Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, e as condições de instalação constantes na Portaria n.º 578/2009, de 1 de Junho. No entanto, para que a entidade possa formalizar a sua vontade de integrar a Rede, deve comunicar por escrito à ARS da zona, indicando a tipologia, a localização e o número de camas propostas para a unidade (UMCCI, 2009).

As Pessoas Colectivas Sem Fins Lucrativos que queiram participar directamente, através de projectos que respondam a necessidades identificadas no desenvolvimento e consolidação da RNCCI, terão que formalizar uma candidatura no âmbito do Programa Modelar regulamentado pela Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio e alterado pela Portaria n.º 578/2009, de 1 de Junho.

2.2.3. Modelo de Contratualização na RNCCI

A prestação de cuidados de saúde e apoio social por parte das entidades que integram a Rede, efectiva-se com a celebração de um contrato bipartido (entre a entidade prestadora e a ARS), no caso das tipologias de convalescença e de paliativos. No caso das tipologias de UMDR e ULDM, efectiva-se com a celebração de um contrato tripartido (entre a Entidade prestadora, a ARS e o CDSS).

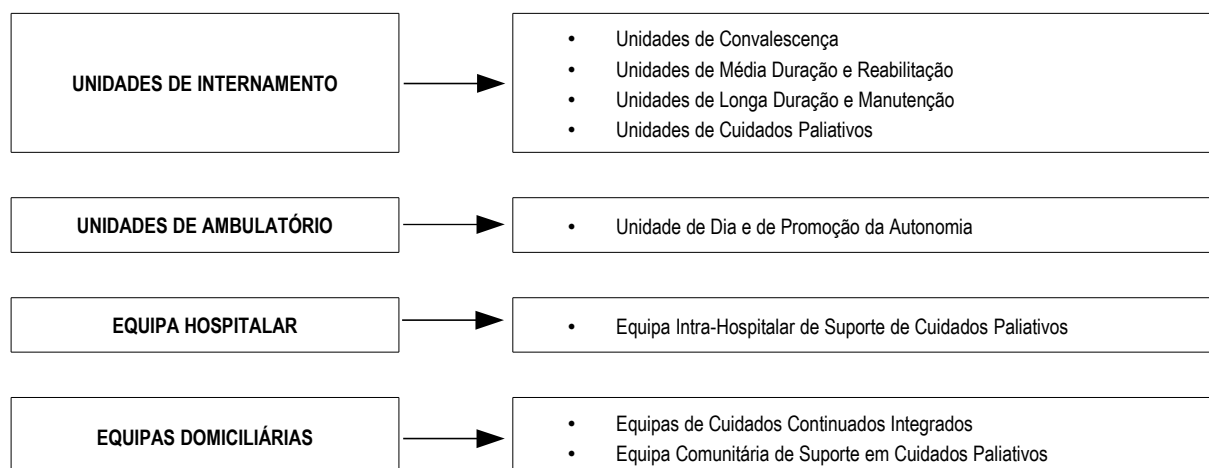
A celebração do acordo entre as partes envolvidas, traduz as obrigações da entidade prestadora para com a(s) entidade(s) financiadora(s), especificamente o modelo de contractualização adoptado que define os compromissos, metas e regras a serem seguidas, nomeadamente a obrigatoriedade da existência de registos para o acompanhamento e monitorização das unidades, com vista à realização de auditorias. Desta forma, as entidades pagadoras conseguem averiguar a eficiência da utilização de recursos e a efectividade da prestação de cuidados de cada unidade.

2.2.4. Tipologias de Unidades de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI

A RNCCI assegura a prestação de cuidados de saúde e apoio social através de quatro tipos de respostas, as Unidades de Internamento, as Unidades de Ambulatório, as Equipas Hospitalares e as Equipas Domiciliárias.

Conforme se apresenta na Figura III – Tipologias de Resposta na RNCCI.

Figura III: Tipologias de Resposta na RNCCI



Fonte: UMCCI, 2009

Podemos assim caracterizar as diferentes tipologias de cuidados continuados, começando pelas Unidades de Internamento, que se constituem pelas Unidades de Convalescença, as UMDR, as ULDM e as Unidades de Cuidados Paliativos.

As Unidades de Ambulatório são constituídas pelas UDPA.

As Equipas Hospitalares são constituídas, pelas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

Sendo que as equipas domiciliárias são constituídas pelas ECCI e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

De acordo com o artigo 13º do Decreto n.º 101/2006, de 6 de Junho, define-se Unidade de Convalescença como “... uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.”.

As Unidades de Convalescença destinam-se ao tratamento de situações pós-agudas, com necessidade de recuperação intensiva, nomeadamente no âmbito da reabilitação da pessoa, na sequência de internamento hospitalar ou agudização de doença crónica cujo tratamento não exija recursos de um hospital de agudos. Destinando-se a internamentos com previsibilidade até trinta dias consecutivos. Este tipo de Unidade de Internamento pode-se situar numa área adjacente a um hospital de agudos, de forma a estabelecer

complementaridade na utilização de componentes logísticos, terapêuticos e diagnósticos. Podendo coexistir com a unidade de internamento de média duração e reabilitação (UMCCI, 2009).

As Unidades de Convalescença, destinam-se a indivíduos, dependentes e a necessitar de uma componente de reabilitação intensiva, sendo maioritariamente oriundos de serviços de Medicina Interna, de Neurologia, de Ortopedia/Traumatologia e de Cirurgia.

De acordo com o artigo 13º do Decreto n.º 101/2006, de 6 de Junho, define-se uma UMDR como "... uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável."

O período de internamento previsível nas UMDR encontra-se entre os 30 e os 90 dias consecutivos, por cada admissão.

As UMDR, destinam-se a indivíduos oriundos de outras respostas da RNCCI, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados (UMCCI, 2009).

De acordo com o artigo 13º do Decreto n.º 101/2006, de 6 de Junho, pode-se definir uma ULDM como "... uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio."

As ULDM têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, por admissão (UMCCI, 2009).

A ULDM pode contudo proporcionar o internamento, por um período inferior a 90 dias consecutivos, mas apenas até 90 dias por ano e em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador do dependente (UMCCI, 2009).

De acordo com o artigo 13º do Decreto n.º 101/2006, de 6 de Junho, pode-se definir uma Unidade de Cuidados Paliativos como um espaço físico próprio em que se "presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva". Sendo uma unidade com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital (UMCCI, 2009).

As UDPA, enquanto Unidades de Ambulatório da RNCCI, destinam-se a promover a autonomia de indivíduos em situação de dependência, em que as suas condições sócio-familiares e clínicas lhe permitam a permanência no domicílio, sendo os cuidados de reabilitação e manutenção facultados em regime de dia (UMCCI, 2009).

As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, encontram-se sediadas nos hospitais de agudos e prestam assessoria técnica diferenciada em cuidados paliativos, de forma transversal nos diferentes serviços hospitalares, integrando elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos, constituindo-se assim como um recurso hospitalar (UMCCI, 2009).

As ECCI, enquanto equipas de apoio domiciliário, estão sobre a responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos ACES, intervindo de forma multidisciplinar em pessoas em situação de dependência funcional, doente terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social que permite o apoio e prestação de cuidados no domicílio, evitando assim o internamento (UMCCI, 2009).

As ECSCP são ECCI que incluem profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos, assegurando apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às UMDR e ULDM.

2.2.5. Critérios de Referenciação de Utentes e Ingresso na RNCCI

O ingresso do doente na Rede é feito através de um processo de referenciação, obedecendo ao princípio fundamental de proporcionar a melhor adequação de recursos e condições possíveis de reabilitação às necessidades específicas do dependente (UMCCI, 2009).

O modelo de referenciação é uniforme em toda a Rede, ou seja, existe uma homogeneidade de procedimentos de forma a facilitar o acesso aos serviços. Esta uniformização e homogeneidade do modelo de referenciação na RNCCI, constitui-se como um requisito estruturante para que esta consiga proporcionar uma resposta de cuidados adequados e de proximidade (UMCCI, 2009).

Com base nestes princípios e requisitos, existe um modelo de referenciação universal para a Rede, que assenta em níveis operacionais, com Equipas de Gestão de Altas (EGA), ECL e ECR. A um outro nível, existe a UMCCI que se focaliza na monitorização e regulação (UMCCI, 2009).

A referenciação do dependente para o acesso à RNCCI, pode ter origem num Hospital do SNS ou num Centro de Saúde/ACES.

A referenciação para a Rede pela EGA do hospital é feita por uma equipa multidisciplinar de profissionais, sediada num hospital de agudos, constituída no mínimo por um médico, um enfermeiro e um assistente social. Esta equipa tem como função, preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços para os doentes que requerem a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social, tanto no domicílio, como em articulação com as unidades de convalescença e as UMDR, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

A referenciação para a Rede pode ainda ser feita a partir da comunidade, através do elemento referenciador do Centro de Saúde/ACES (médico, enfermeiro ou assistente social), que para efeitos de referenciação é

equiparado à EGA de um Hospital.

Cada ECL é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do indivíduo e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação definidos para o ingresso nas diferentes tipologias de resposta, internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário.

Ainda é necessário que o dependente ou seu representante, formalize por escrito o seu consentimento e nos casos das UMDR e ULDM que aceite as respectivas condições de comparticipação.

2.2.6. Garantia e Monitorização da Qualidade nos CCI e na RNCCI

A qualidade nos cuidados continuados não é um conceito fácil de definir, medir e avaliar devido ao facto de existir alguma discrepância de opiniões sobre os critérios a seguir neste tipo de cuidados.

Desde 1960, que a avaliação da qualidade é medida em três dimensões, na estrutura do atendimento, nos processos de atendimento e nos resultados da prestação de cuidados (Donabedian, 1966).

É avaliada a qualidade dos cuidados continuados através de variáveis estruturais, como o nível de educação e formação do pessoal que presta o serviço, ao nível da adaptabilidade das características das instalações às características dos dependentes.

Através das variáveis de processo para avaliar efectivamente os serviços prestados, descrever o uso excessivo de cuidados, a subutilização de cuidados ou os pobres desempenhos técnicos para detectar as deficiências nos processos de cuidados prestados (Chassin; Galvin, 1998). Têm sido caracterizados outros problemas nos cuidados continuados ao nível dos processos, como a negligência dos cuidadores ou mesmo agressões físicas.

As variáveis de resultados, referem-se a mudanças no estado de saúde e a condições resultantes do tratamento prestado nos cuidados continuados. Os resultados considerados de sucesso nos cuidados continuados tendem a ser baseados em critérios como a maximização da qualidade de vida e da função física. É frequentemente visto como baixa qualidade no atendimento, a ocorrência de problemas específicos como as úlceras de pressão ou perda de peso inadequado.

A dimensão dos processos de cuidados e os factores estruturais são considerados elementos fundamentais na definição de qualidade pelo facto de serem os meios pelos quais os resultados desejados são alcançados. Desta forma, os resultados em saúde e qualidade de vida são os resultados finais das estruturas e processos de atendimento.

Assim sendo, a avaliação da qualidade nos cuidados continuados podem incluir o estado de saúde geral, a presença ou ausência de condições específicas (úlceras de pressão, perda de peso, etc.), a satisfação com os cuidados e o bem-estar social e psicológico dos dependentes.

Contudo a avaliação da qualidade através do uso dos resultados é muitas vezes difícil devido aos custos inerentes à recolha de informações sobre o estado de saúde e qualidade de vida. Assim sendo, são frequentemente usadas as variáveis de estrutura e de processos, como o perfil de pessoal utilizado ou a taxas de sedativos, para avaliar a qualidade do atendimento nos cuidados continuados.

Apesar disso, as exigências actuais nos cuidados continuados exigem que a qualidade dos cuidados seja avaliada não apenas em termos de estrutura, processos e resultados dos cuidados mas também em termos de acesso aos diferentes tipos de cuidados continuados disponibilizados actualmente na sociedade.

Os cuidados continuados detêm três aspectos relevantes que devem ser considerados na avaliação da sua qualidade.

O primeiro aspecto prende-se com o facto dos cuidados continuados prestarem em simultâneo, cuidados de saúde e de apoio social, levando, por um lado a que se tenha de medir a qualidade dos cuidados de saúde através dos aspectos médicos e técnicos do atendimento e por outro lado, a medir a qualidade do apoio social através de opiniões e satisfação dos dependentes (ou dos seus representantes).

O segundo aspecto está relacionado com o facto das pessoas dependentes serem um elemento essencial e participante na escolha e direcção de muitas características do atendimento e na avaliação da adequação dos cuidados prestados, como tal a base para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde está a ser redefinida nos cuidados continuados.

O terceiro aspecto é o facto de muitos dos ambientes físicos (instalações) de prestação dos cuidados continuados poderem contribuir para a segurança física, mobilidade funcional, privacidade e, alargadamente, para a qualidade de vida dos dependentes.

A generalidade da literatura refere que para medirem a melhoria da qualidade, a maioria das formas de prestar cuidados continuados centra-se na adequação do acesso e da satisfação dos consumidores em detrimento da qualidade dos cuidados prestados.

Na RNCCI, compete à UMCCI garantir a implementação de metodologias que conduzam à melhoria contínua da qualidade, sendo o indivíduo dependente o centro dos processos. O próprio sucesso da implementação da Rede, depende da avaliação continua e integrada das várias componentes de gestão e prestação de cuidados, tais como, o processo de referenciação, processo clínico, processo de cuidados, processo social, processo de gestão, sistema de informação e outros.

De acordo com o Guia da RNCCI, o sistema de qualidade da Rede, tem como objectivos essenciais: garantir a fluidez do fluxo de referenciação (sendo os responsáveis operacionais as EGA, ECL e ECR); garantir o cumprimento dos critérios de referenciação (sendo os responsáveis operacionais as EGA, ECL, e ECR); garantir o registo das etapas do circuito de referenciação (sendo os responsáveis operacionais as EGA, ECL e ECR); adequação dos cuidados, traduzida em resultados (sendo os responsáveis operacionais o prestador, ECL e ECR); garantir o cumprimento das cláusulas contratuais (sendo os responsáveis operacionais o prestador, ECL

e ECR).

De forma a poderem ser cumpridos estes objectivos é obrigatoriamente necessário fazer uma análise de vários processos chave relacionados com a referenciação, a prestação de cuidados e aspectos organizacionais.

Foram definidas como principais acções, para a implementação do sistema da qualidade, as seguintes: definição de standards mínimos para as entidades prestadoras, concordantes com as exigências presentes no clausulado dos contratos; divulgação dos standards junto das ECR, ECL e prestadores; formação sobre princípios básicos e gerais da qualidade às entidades, com particular atenção às ECL; acompanhamento continuo dos prestadores pelas ECL, com o objectivo de garantir o cumprimento dos standards; auditorias organizacionais anuais, a realizar por auditores externos; auditorias dos processos individuais dos utentes anuais (social, médica, enfermagem), a realizar por auditores externos; acompanhamento, pela estrutura adequada, da implementação das medidas correctivas apontadas como necessárias pelo relatório de auditorias; auditorias para a verificação da implementação das medidas correctivas; monitorização continuada dos vários níveis da Rede, através dos indicadores resultantes dos registos obrigatórios (UMCCI, 2009).

No cumprimento da Estratégia para a Qualidade, assumem particular importância as visitas de acompanhamento realizadas pela ECL, apoiadas numa Grelha de Acompanhamento que visam avaliar o cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades (UMCCI, 2009).

2.2.7. Caracterização dos Utentes da RNCCI

2.2.7.1. Perfil dos Utentes da RNCCI

Os utentes da RNCCI têm características próprias que devem ser salientadas, tanto em termos de sexo e idade, como em termos de estado civil, de escolaridade, de situação de convivência e proveniência e o tipo de apoio recebido.

O sexo feminino, representava em 2010 cerca de 54% do total de utentes da RNCCI, sendo que o sexo masculino representava cerca de 46%. Registando-se assim uma maior percentagem de utentes do sexo feminino na Rede (UMCCI, 2010).

Em relação à idade, verifica-se que em 2010, o grupo etário com mais de 80 anos representava cerca de 40% (25% do sexo feminino e 15% do sexo masculino) do total de utentes. O grupo etário dos 65 aos 79 anos representava cerca de 40% (25% do sexo feminino e 15% do sexo masculino) do total de utentes. O grupo etário dos 50 aos 64 anos representava cerca de 15% (6% do sexo feminino e 9% do sexo masculino) do total de utentes. O grupo etário dos 18 aos 49 anos representava 6% (6% do sexo feminino e 9% do sexo masculino) do total de utentes. Registando-se assim uma maior percentagem de utentes dos escalões etários entre os 65 e os 79 anos e com mais de 80 anos, representando juntos cerca de 80% do total de utentes na Rede (UMCCI, 2010).

Em relação ao estado civil dos utentes, verificava-se em 2010, uma maior percentagem de utentes casados, cerca de 49% do total de utentes, os solteiros representavam cerca de 13%, os viúvos 32%, os divorciados 5% e os omissos 1% do total de utentes da Rede (UMCCI, 2010).

Em termos de escolaridade, verificava-se em 2010 que a maioria dos utentes da Rede tinha um nível de escolaridade de 1 a 6 anos (61%); os utentes sem escolaridade/analfabetos representavam cerca de 28%; os utentes com 7 a 12 anos de escolaridade representavam cerca de 9% e com 13 ou mais anos de escolaridade representavam apenas 2% do total de utentes da Rede. Registrando-se assim que a maior percentagem de utentes da RNCCI tem um baixo nível de escolaridade, sendo que 89% do total de utentes tem 6 anos ou menos anos de escolaridade (UMCCI, 2010).

Em relação à situação de convivência dos utentes antes do ingresso na RNCCI, verificava-se em 2010 que a maioria vivia com a família natural (65,9%), sendo que a percentagem de utentes que vivia só, representava cerca de 21,7%, e a percentagem dos que vivia com a família de acolhimento, em instituição, sem abrigo ou outro, representavam cerca de 3,2%, 5,7%, 0,5% e 3%, respectivamente (UMCCI, 2010).

Em relação à proveniência dos utentes referenciados para a Rede, verificava-se que em 2010, a maioria dos utentes era proveniente do apoio de familiares, representando cerca de 51% do total de utentes referenciados na Rede, sendo que existem outras origens de apoio, tais como os provenientes de ajuda domiciliária (11%), apoio por parte dos técnicos de serviço social (10%), apoio por parte dos técnicos de saúde (10%), apoio por parte de empregada doméstica (8%), outro tipo de apoio (7%), apoio por parte dos centros de dia (5%) e os provenientes de apoio por parte dos vizinhos (4%). Verificando-se assim que dos utentes referenciados para a Rede e que receberam apoio, os familiares representavam o seu principal suporte (UMCCI, 2010).

Em relação ao tipo de apoio recebido pelos utentes da Rede em 2010, verificou-se que a alimentação (43%), higiene da roupa (42%), a higiene pessoal (42%), a higiene da casa (40%) e os medicamentos (33%), representavam os principais tipos de apoio recebidos. Existindo ainda o apoio com a ajuda técnica (13%), outros apoios (8%) e o apoio pecuniário de cerca de 2% (ULDM, 2010).

Como se pode verificar, o perfil de utente mais frequente da RNCCI tem como características ser do sexo feminino, com idade superior a 65 anos, com uma baixa escolaridade, residindo com a família natural que lhe presta apoio e que apresenta dependência para a realização das Actividades da Vida Diária (AVD), que são actividades básicas necessárias à vida, as quais incluem higiene, alimentação, eliminação e mobilização.

2.2.7.2. Avaliação da Autonomia Física na RNCCI

De entre os parâmetros utilizados para monitorizar a evolução dos utentes assistidos na RNCCI (queixas de saúde; estado de nutrição; quedas; locomoção; autonomia física; autonomia instrumental; queixas emocionais; estado cognitivo; estado social e hábitos), o principal e mais utilizado parâmetro é o grau de autonomia física.

Sendo que para avaliar estes resultados, utilizam-se escalas que fazem parte do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) que é utilizado pelas diferentes entidades intervenientes nos processos de referenciação e cuidados.

Quando se trata de verificar a evolução da autonomia física, deve-se ter em conta a recuperação de funcionalidade que está relacionada com os factores modificáveis que originam a dependência em AVD, que se constitui como o principal motivo de referenciação da RNCCI.

Pode-se definir a avaliação funcional como sendo uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva os níveis dos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, para a realização de interações sociais, nas suas actividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano (Duarte et al., 2007).

As escalas de avaliação funcional mais utilizadas internacionalmente e também as usadas na RNCCI são as escalas de AVD de Katz (1963) e as escalas das actividades instrumentais de vida diária de Lawton & Brody (1969).

Portanto o índice de Katz, em particular, é o usado na Rede para classificar a autonomia física, baseando-se numa avaliação de dependência funcional para as funções de oito itens/actividades, sendo que na RNCCI as usadas são as seguintes:

- Lavar-se/Tomar banho;
- Vestir-se/Despir-se;
- Usar a sanita e/ou bacio/urinol;
- Deitar-se/Levantar-se da cama;
- Sentar-se/Levantar-se de cadeiras;
- Controlar a urina;
- Controlar as fezes;
- Alimentar-se/Comer.

Cada uma destas funções e actividades podem ser avaliadas através da atribuição de quatro níveis, com a seguinte correspondência de classificação:

- 0 - Incapaz;
- 1 - Dependente;
- 2 - Autónomo;
- 3 - Independente.

Estes índices atribuem uma determinada pontuação que vai definir o perfil de independência/dependência do utente.

De acordo com o relatório de monitorização da RNCCI sobre a actividade desenvolvida em 2010, verifica-se que 95% dos utentes da Rede são classificados como incapazes e dependentes, tendo-se registado um agravamento desta percentagem desde 2008. No entanto, ao retirar os incontinentes da amostra, esta passa a representar 93% (UMCCI, 2010).

A evolução do estado funcional dos utentes na Rede em 2010, registou desde o período de admissão até à alta da unidade uma redução do estado incapaz de 22%, mas ao se retirar os incontinentes da amostra a redução passa para 61% (UMCCI, 2010).

Segundo dados do relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI de 2010, utilizando uma amostra de 8.419 num total 16.404 utentes, com um intervalo de confiança de 95%, mostram a avaliação global em todas as tipologias na RNCCI.

Tabela I: Evolução da Autonomia Física Global na RNCCI em 2010 (Admissão-Alta), sem Incontinentes.

Escala	Estado	Admissão		Alta		Variação Percentual	Variação Absoluta
		Qtd.	%	Qtd.	%		
0	Incapaz	1.679	19,94	656	7,79	-61%	-1.023
1	Dependente	6.151	73,06	4.962	58,94	-19%	-1.189
2	Autónomo	456	5,42	1.809	21,49	297%	1.353
3	Independente	133	1,58	992	11,78	646%	859
Total (Amostra)		8.419	100	8.419	100		4.424

Fonte: (UMCCI, 2010)

De acordo com estes números, a RNCCI, conseguiu melhorar a autonomia de 4.424 utentes numa amostra de 8.419, o que representa cerca de 53% de utentes com ganhos em saúde durante o período de internamento.

Esta diminuição da incapacidade e dependência em conjunto com a melhoria da autonomia e independência fazem com que a RNCCI tenha atingido os seus objectivos globais em 2010, contudo a RNCCI tem objectivos diferentes em termos de melhoria da autonomia conforme a tipologia de resposta, pelo que nas Unidades de Convalescença e nas UMDR o objectivo é a melhoria da autonomia global, enquanto que nas ULDM o objectivo é manter as capacidades existentes.

Segundo o mesmo relatório, as Unidades de Convalescença, em 2010, conseguiram melhorar a autonomia de 3.114 utentes numa amostra de 4.221, o que representa cerca de 74% de utentes com ganhos em saúde durante o período de internamento. Tendo registado a seguinte evolução, entre a admissão e a alta:

- Diminuição de incapazes (70,7%);
- Diminuição de dependentes (32,5%);
- Aumento de autónomos (475,1%);
- Aumento de independentes (1015,9%).

As UMDR, numa amostra de 2.643 utentes, apresentaram uma melhoria da autonomia de 978, representando cerca de 37% de utentes com ganhos em saúde (UMCCI, 2010).

O relatório refere ainda que as ULDM em 2010, registaram uma elevada incapacidade na admissão, cerca de 98,5% e 96,2% sem contar com os incontinentes. Apesar desta tipologia ter como objectivo manter as capacidades existentes, a percentagem de utentes que melhorou a sua autonomia física, representou 10% e depois de serem retirados os incontinentes passou a representar 25%. Numa amostra de 576 utentes com registos de admissão e altas, verificou-se o seguinte:

- Diminuição dos incapazes (39%);
- Diminuição dos dependentes (7%);
- Aumento dos autónomos (423%);
- Aumento dos Independentes (189%).

Relativamente às ECCI, registaram em 2010 um total de 84% de utentes incapazes ou dependentes, quando retirados os incontinentes passou a representar 78%. Numa amostra de 979 utentes com registos de admissão e alta verificou-se o seguinte:

- Diminuição de incapazes (6%);
- Diminuição de dependentes (14%);
- Aumento de autónomos (21%);
- Aumento de independentes (139%).

2.2.8. Sustentabilidade Financeira e Desafios dos CCI e da Rede

Tendo em conta a actual conjuntura económico-social, associada a um acelerado processo de envelhecimento e à tendência crescente da despesa pública do Estado português, nomeadamente a verificada no sector da saúde, que segundo dados apresentados pelo Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), através do Relatório Primavera de 2011, os gastos públicos afectos à saúde em 2010 já representavam 7,3% do PIB e os gastos públicos afectos aos cuidados continuados apenas 0,1% do PIB, torna-se urgente ponderar a adopção de alternativa em termos de funcionamento, organização e financiamento da saúde de forma a contrariar essa tendência que coloca em causa a sustentabilidade do SNS nos moldes como existe actualmente em Portugal.

As possíveis alterações à forma como o financiamento do SNS se encontra organizado deve ter em conta que para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar várias medidas simultaneamente, pois não parece existir uma medida que por si só o assegure. Por outro lado, tem de ter em conta também o facto da sustentabilidade financeira do SNS registar uma elevada dependência a factores externos ao sector da saúde, como a evolução da restante receita pública, das receitas do Estado e do crescimento da economia em geral.

Neste ponto é importante salientar que grande parte da pressão com o aumento dos gastos, nomeadamente em saúde, advém do fenómeno de envelhecimento em que a fatia da população idosa aumenta, crescendo desta

forma os gastos com os cuidados, e por outro lado, a fatia da população jovem diminui, originando a redução da população activa que é aquela que contribui para o pagamento de impostos que sustentam o actual modelo de financiamento da saúde em Portugal. Esta dupla pressão levanta sérias preocupações sobre a sustentabilidade potencial do SNS.

Segundo o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS apresentado em 2007, uma das recomendações referidas a adoptar com o objectivo de controlar os gastos públicos na saúde, era o aumento da eficiência na prestação de cuidados de saúde, como por exemplo, através do alargamento da rede de cuidados continuados integrados em favor da redução das camas de agudos nos hospitais (Simões; Barros; Pereira, 2007).

O relatório diz ainda que cada resultado em termos de ganhos em saúde deve ser obtido com a menor utilização possível de recursos necessários para o alcançar. O processo de preparação das diversas medidas de política de saúde deve comportar a sua tradução financeira, bem como a definição e implementação dos requisitos de informação necessários à sua posterior avaliação.

Apesar de Portugal, estar a seguir a recomendação relativa ao alargamento da rede de cuidados continuados integrados em favor da redução das camas de agudos dos hospitais, de forma a reduzir os custos associados ao envelhecimento, a nível hospitalar, é ainda dos países da UE que menos gasta com os Cuidados Continuados (apenas 0,1% do PIB), sendo a média da UE de 1,3% do PIB, contrastando com a despesa em saúde em que aparecemos na linha da frente dos países da UE. Querendo isto dizer que ainda existe um longo caminho a percorrer e investimentos a fazer nos CCI (OPSS, 2011).

No entanto, é de salientar que a RNCCI ainda se encontra num processo de implementação, contudo, já apresenta como resultados um custo real médio diário durante o primeiro trimestre de 2009 de 81 euros, menos que o custo diário médio hospitalar de 403 euros no ano de 2008 (Costa, 2010).

De acordo com o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI, em 31 de Dezembro de 2010 a Rede abrangia cerca de 4.625 camas contratadas em funcionamento, tendo aumentado 17,4% em termos de capacidade comparativamente com o período homólogo de 2009, o que corresponde a um aumento absoluto de 687 camas contratadas. Tendo-se verificado o maior aumento na tipologia de ULDM, que actualmente representa cerca de 50% do total de camas existentes na RNCCI (UMCCI, 2011)

Contudo e de forma a antecipar a diminuição dos gastos em saúde, o governo alterou a meta estabelecida para a implementação plena da RNCCI de 2016 para 2013, antevendo-se que em 2013 já se encontrem referenciados na Rede cerca de 80% dos potenciais doentes.

No entanto existem inúmeras variáveis, determinantes ou factores que podem no futuro condicionar os gastos públicos em saúde, nomeadamente os gastos com os CCI, e estas determinantes não podem ser todas rigorosamente previstas na sua evolução conjunta e na sua influência exacta nos gastos com os CCI.

Contudo e de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 - CCI, podem ser identificados como

principais factores determinantes da procura de cuidados:

- Factores demográficos: Prevendo-se até 2016 um aumento da esperança de vida à nascença tanto das mulheres (passando a 88.8 anos) como dos homens (passando a 84.1 anos); estima-se ainda uma recuperação ligeira da taxa de fecundidade (1.4 filhos por mulher para 1.5), contudo abaixo da taxa considerada como necessária para a estabilização da população (2.1 filhos por mulher); estes factores a serem verificados em conjunto apontam para um envelhecimento progressivo e sustentado da população, que se traduz numa queda aproximada de onze pontos percentuais da população activa até 2016.
- Elasticidade da procura: Tendo em conta que a evolução dos gastos com os CCI depende da elasticidade - rendimento da procura que no caso dos gastos em saúde para Portugal assumem uma sensibilidade da procura face ao rendimento superior à unidade, significando que um crescimento do PIB representa um crescimento proporcionalmente superior na procura de CCI pelas pessoas, querendo isto dizer que o crescimento da procura de cuidados é desproporcional ao crescimento do PIB e desta forma os gastos aumentarão proporcionalmente mais que o aumento da riqueza das pessoas.
- Factores socioeconómicos: Devido a alterações estruturais das sociedades como a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, a diminuição da dimensão dos agregados familiares e uma maior mobilidade e dispersão demográfica das famílias, originam uma diminuição da disponibilidade das famílias em prestar cuidados continuados informais aos seus dependentes no domicílio.

Podem ainda e segundo o PNS 2011-2016 - CCI, podem ser identificados como os principais factores determinantes da oferta de cuidados:

- Políticas de Saúde e Apoio Social: Previsivelmente ir-se-á assistir ao aumento dos gastos públicos com os cuidados continuados formais, visto que somos dos países da UE que menos o faz. Também, ter-se-á de desenvolver políticas de recrutamento e formação de profissionais especializados nesta área, tendo em conta a escassez destes profissionais e previsivelmente ter-se-á em simultâneo de desenvolver e dinamizar medidas do mercado de trabalho informal de prestação deste tipo de cuidados como forma de se responder à elevada procura esperada.
- Evolução dos Custos Unitários: A forma como os custos por utente da RNCCI evoluírem irá condicionar a oferta deste tipo de cuidados, pois encontra-se directamente relacionada com a sustentabilidade do sistema. As questões de eficiência da Rede irão determinar a evolução dos seus custos unitários e num sistema em desenvolvimento como o da RNCCI consegue-se ao nível dos custos organizacionais, administrativos e de formação, tirar partido das economias de escala, reduzindo assim os seus custos. Outro aspecto importante a realçar é o facto deste sector ser essencialmente constituído por mão-de-obra intensiva, conseguindo-se através da utilização de tecnologias mais avançadas como as de comunicação, ganhos de produtividade, promovendo assim a redução dos custos unitários. Outro factor

que poderá reduzir os custos unitários será a passagem, sempre que seja viável, de cuidados institucionais para cuidados domiciliários, que para além de serem menos onerosos promovem maiores ganhos de bem-estar no doente. Contudo a questão fundamental da eficiência do sistema e portanto da sua sustentabilidade futura parece passar pela contratualização, sendo actualmente efectuados os pagamentos aos prestadores em função, não de questões de saúde, mas de um valor diário por cama, assim sendo e de forma a ter em conta também as questões de saúde, o Relatório Primavera 2011, aponta para um possível desenvolvimento futuro de um tarifário assente, por exemplo, em tipos de dependência homogéneos, eventualmente baseados em níveis de funcionalidade. Podendo ser criados indicadores que meçam o estado funcional, desenvolvendo um Sistema de Classificação de Funcionalidade dos doentes, por exemplo a partir de uma avaliação com base na Classificação Internacional da Funcionalidade, passando a ser esta uma das ferramentas fundamentais para o financiamento da Rede, passando esta a ser mais justa e equitativa.

Com base no acima exposto e perante um previsível aumento da despesa nos CCI, a sustentabilidade do sistema passa por medidas tanto do lado dos custos como da captação de receitas, isto é, passa pelo modelo de financiamento.

Sendo que as medidas do lado dos custos já foram em cima numeradas, pode-se agora apresentar algumas medidas para aumentar a captação de receitas que podem ajudar a financiar futuramente a RNCCI. Como já foi visto, a RNCCI tem sido financiada exclusivamente pelos resultados líquidos dos jogos sociais, distribuídos de acordo com o regulamento no Decreto-Lei n.º 56/2006. Contudo o que no início era suficiente, à medida que a Rede aumenta, o financiamento irá naturalmente começar a ser insuficiente. Associado ao facto das receitas dos jogos sociais estarem a diminuir nos últimos anos e as despesas com os CCI a aumentar, torna urgente planear fontes de financiamento alternativas. Uma fonte alternativa de financiamento poderia vir a ser as receitas oriundas da tributação sobre o rendimento, devido ao carácter universalista da Rede, passando assim a ser fundamental que as taxas ou a base de incidência dos impostos aumentassem. Contudo devido à actual conjuntura económica em que o PIB aumenta menos que os gastos em CCI, isso iria provavelmente contribuir para a contracção da economia, correndo também o risco de ser impopular. Desta forma, alternativas potencialmente mais regressivas poderão ter melhor aceitação, tais como o aumento dos impostos em bens de consumo como as bebidas alcoólicas e tabaco, bem como a criação de novos jogos sociais, cujas receitas fossem canalizadas para a RNCCI.

As mudanças no modelo de pagamento aos prestadores, nomeadamente aos prestadores de CCI, no âmbito da RNCCI, é apontado por muitos estudos como um dos aspectos essenciais para a melhoria da eficiência, logo da sustentabilidade financeira da Rede, associada à melhoria dos resultados (ganhos em saúde).

Segundo o estudo da Deloitte - Saúde em Análise – Uma visão para o futuro, um dos desafios do sector da saúde é a melhoria do financiamento e da alocação de recursos no sistema, mediante o desenvolvimento de um sistema de pagamentos/alocação de recursos baseado nos resultados, destacando como exemplo as doenças

crónicas, de forma a evitar que os prestadores reduzam os cuidados prestados para diminuir os custos e melhorar a rentabilidade (Deloitte, 2011).

O Relatório de Primavera 2011, recomenda, enquanto medida correctiva na RNCCI para melhorar a sua eficiência e eficácia, a criação de “um sistema de contratualização em função de tipos de dependência homogéneos, eventualmente baseados em níveis de funcionalidade, que substitua a actual perspectiva de diária de internamento” (OPSS, 2011).

Já a análise especializada efectuada sobre os CCI, no âmbito da elaboração do PNS 2011-2016, faz uma previsão de que os pagamentos efectuados aos prestadores pela RNCCI, passe no futuro a ter por base fundamental um sistema de classificação de funcionalidades do doente, de modo a que o pagamento seja mais justo e equitativo (Lopes, et al., 2010).

De acordo com estes estudos, parece adivinhar-se mudanças no actual modelo de pagamento/alocação de recursos existente na RNCCI, mudanças essas que parecem assentar no incremento da componente performance (resultados), ou seja, ganhos em saúde no pagamento aos prestadores.

Resta contudo saber se estas mudanças esperadas no modelo de pagamentos e contratualização são, na perspectiva do pagador, efectivamente factores de melhoria da eficiência e eficácia da Rede, e na perspectiva do prestador, se são viáveis e sustentáveis do ponto de vista económico-financeiro e da continuidade da prestação de cuidados neste novos parâmetros que se advinham.

Estes são alguns dos desafios com que os CCI e a Rede se deparam e com os quais se terá de confrontar num futuro próximo.

2.2.9. Perspectivas Internacionais sobre a Sustentabilidade dos LTC

Como se verificou, a solução encontrada por Portugal para responder à crescente necessidade de CCI, resultante do aumento acentuado do envelhecimento populacional, passou pela criação de uma rede nacional, com base em modelos já existentes noutros países, mas tendo em conta as especificidades da realidade portuguesa. Assim sendo, a rede seguiu um modelo de financiamento assegurado essencialmente pelo orçamento de estado, existindo uma componente desse financiamento proveniente das comparticipações dos doentes e/ou agregados familiares na proporção dos seus rendimentos.

Noutros países, a solução para fazer face a esta problemática, pode passar por modelos de financiamento diferentes (como por exemplo, através de seguros de saúde). Contudo, todos os países se deparam com a mesma incerteza sobre a sustentabilidade financeira futura dos CCI, devido à crescente procura deste tipo de cuidados e o crescimento considerável dos seus gastos.

De acordo com a experiência dos países da OCDE, os LTC são dispendiosos e geram encargos financeiros

elevados para os utentes e os seus familiares. Os sistemas de seguros para os cuidados continuados ainda se encontram pouco desenvolvidos. O objectivo dos países da OCDE é promover uma política de cobertura universal. Contudo, os países ao adoptarem essa política, tendo em conta o aumento da população idosa e o seu nível de dependência, devem analisar aprofundadamente a sustentabilidade das políticas fiscais. Posto isto, o principal desafio passa por gastar menos e melhor, de forma a possibilitar o equilíbrio orçamental dos estados (Human Development Department, 2010).

O estudo efectuado pela AARP Public Policy Institute, revela que os países europeus partilham de maneira diferente, a responsabilidade e o risco financeiro, a nível público e privado. Sendo que todos os países tentam encontrar a melhor maneira de travar o crescimento dos gastos em LTC (Gibson, 2006).

De maneira a controlar o crescimento dos custos, os países europeus, utilizam instrumentos e mecanismos, como, as reduções orçamentais, o agravamento das listas de espera, a redução do acesso apenas às pessoas mais incapacitadas, etc. O peso dos cuidados institucionais e domiciliários variam bastante entre os países europeus. Sendo que a dimensão dos cuidados informais ainda se encontra superior aos cuidados formais. Os cuidadores informais, assumem um papel fundamental na diminuição dos custos com os LTC. Contudo, necessitam de vários tipos de apoio, tais como, formação adequada, incentivos fiscais, possibilidade de descanso do principal cuidador e pagamentos directos ao cuidador. Tal como em Portugal, apesar de existir uma forte componente de financiamento público, já existem países que encorajam a inserção do sector privado na prestação de cuidados continuados (UMCCI, 2009).

A Suécia, constitui um bom exemplo dos elevados gastos em LTC. Segundo o Sweden's Strategy Report for Social Protection and Social Inclusion (2008-2010), o gasto em LTC, ajustado por dependente, nos idosos acima dos 80 anos, representa mais de 100% em percentagem do PIB per capita, referindo ainda que a sustentabilidade a longo prazo é um factor fundamental para a sociedade. Alertando para a necessidade de melhorar o acesso aos cuidados, reforçar as verbas em cuidados para a demência, para a reabilitação, para a prevenção e na área social. Assumindo que os familiares (cuidadores informais) devem ser suportados financeiramente, de forma a que o idoso possa permanecer no seu domicílio.

Ao contrário, do que se passa na Suécia, que tem elevados gastos públicos em cuidados continuados, em percentagem do PIB, que lhe permite fornecer uma resposta mais adequada à sua população, Portugal ainda revela ter uma reduzida percentagem de gastos públicos em cuidados continuados em percentagem do PIB, pelo que é urgente o seu aumento (European Commission, 2009).

A realidade nos EUA é um pouco diferente, segundo o relatório Cost of Care Survey de 2011, os LTC são geralmente financiados através de "Self-Insure" (ou "Out-of-Pocket Payment"), seguros de LTC, Medicare (programa estatal que proporciona seguros médicos e hospitalares a pessoas com 65 anos ou mais, a indivíduos com certos tipos de doenças ou incapacitados) e Medicaid (seguro que geralmente paga certos serviços de saúde e cuidados no domicílio, a pessoas com baixos rendimentos e recursos limitados). Segundo o mesmo relatório, continua a ser importante planear o modo de pagamento dos LTC. Os custos médios rondam os 39,135

e os 77,745 dólares por ano, dependendo do tipo de cuidados. Devido a este facto, considera ser um desafio para muitas pessoas encontrar uma maneira de pagar os LTC. Custos desta grandeza, a terem de ser suportados apenas pelas pessoas, representam uma enorme barreira no acesso aos cuidados, e por isso não constitui um mercado atraente. Este tipo de seguros, tal como o Medicare ou o Medicaid, apresentam limitações, como por exemplo, não cobrir integralmente os custos da prestação de cuidados.

Perante estes cenários de recursos limitados e para fazer face a uma crescente procura, os sistemas de saúde existentes têm de ser bem organizados, eficientes e orientados para o cliente. No futuro, nenhum serviço ou pagador será capaz de funcionar de forma totalmente independente e ter sucesso no mercado ou manter a viabilidade financeira (Evashwick, C. J., 2005).

O Joint Report on Social Protection and Social Inclusion de 2010, vem ainda reforçar esta ideia, referindo que é urgente na UE, que se criem respostas mais efectivas e eficientes em termos de inclusão e protecção social, com vista à melhoria do acesso de todos os cidadãos, de forma adequada e sustentada.

2.3. Estudo de Viabilidade Económico – Financeira do Projecto da ULDM

2.3.1. Enquadramento Histórico da Fundação COI

A Fundação COI iniciou a sua actividade na qualidade de Associação Centro de Ocupação Infantil (COI) em 28 de Maio de 1980 no Pinhal Novo. Tendo surgido da necessidade sentida por um grupo de pais, em assegurar aos seus filhos, um espaço lúdico/educativo que os acompanhasse diariamente nos períodos em que, por motivos profissionais, a família não o podia fazer, nem a escola oferecia resposta.

Foi constituído por escritura pública em 23 de Fevereiro de 1981, na Secretaria Notarial de Setúbal, tendo a sua publicação sido feita no Diário da República de 28 de Abril de 1981. No início de 1981, foram adquiridas instalações e a Associação COI inaugura a resposta social de Actividade de Tempos Livres (ATL), a cerca de 30 crianças. Colmatando assim esta necessidade da comunidade.

Foi oficialmente reconhecido como IPSS, com o estatuto de Pessoa Colectiva de Utilidade Pública a 19 de Setembro de 1981, sendo registado no livro das Fundações como Associação de Solidariedade Social.

Logo em 1982, procurando dar resposta às solicitações da comunidade, alarga o seu âmbito de intervenção à resposta social de Jardim Infantil, passando a acolher crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos.

Em Maio de 1987 transferiu-se para o actual edifício na Avenida Zeca Afonso, instalações construídas e cedidas pela Câmara Municipal de Palmela, com o objectivo de alargar o âmbito da sua intervenção social abrindo a resposta social de Creche.

Em 1990 obteve alvará para a leccionação do 1º Ciclo. No mesmo ano alarga a sua acção à Herdade de Rio

Frio, desenvolvendo aí actividades na área de Creche e Jardim de Infância, além de ocupação de tempos livres em férias, actividades culturais e recreativas.

Posteriormente, a 3 de Março de 1995, aprovou em Assembleia Geral, alterações aos estatutos, tendo o seu averbamento sido efectuado em 18 de Maio de 1995, nos termos do n.º 2 do artigo 13º do livro das Fundações; Associações de Solidariedade Social, passando o Artigo Terceiro dos Estatutos da Instituição a ter a seguinte redacção: a) Creches e Jardins de Infância; b) Centros de Actividades de Tempos Livres; c) Lares de Apoio a Crianças e Jovens; d) Lares e Centros de Dia ou de Convívio para Idosos; e) Colónias de Férias; f) Comunidades Terapêuticas, Centros de Dia para Toxicodependentes e Lares de Reinserção; h) Centros Comunitários e Inter-institucionais de Intervenção Sócio-Educativa; i) Creche Familiar e Apoio Domiciliário

Esta nova formulação permitiu o alargamento a outras áreas de actividade social e a 4 de Outubro de 2001, inaugurou-se um Centro de Acolhimento Temporário (CAT) para crianças em risco, dos 0 aos 6 anos, nas suas instalações de Rio Frio.

A 10 de Janeiro de 2003 foi ainda aprovada, em Assembleia Geral, uma nova alteração ao artigo 3º dos estatutos no sentido de dar resposta a novas realidades socio-económicas da freguesia, tendo sido incluída a alínea i):

- Criar e fomentar oportunidades, programas de formação profissional e medidas de Inserção Social, quer segundo projectos da sua própria iniciativa, quer mediante acordos com outras entidades, públicas ou privadas.

Esta nova formulação permitiu o alargamento da actividade à Formação Profissional na área social, iniciando-se e concluindo o processo de certificação, como entidade formadora pelo então Instituto da Qualidade de Formação, reconhecimento que ainda se mantém.

Em 14 de Fevereiro de 2003, foi inaugurada a Residência de Idosos, com capacidade para trinta Idosos, iniciando-se uma nova perspectiva de intervenção social, inter-geracional, no âmbito do projecto “Ser Criança Ser Idoso”.

Ainda em 2003, foram feitas as obras de remodelação/adaptação de um imóvel para a abertura de um Lar de Crianças e Jovens. Este equipamento, cuja inauguração teve lugar a 28 de Fevereiro de 2004, proporciona acolhimento prolongado a um grupo de catorze crianças e jovens de ambos os sexos, abrangendo uma faixa etária dos 0 aos 18 anos, podendo ser encaminhados pelo Tribunal de Família e Menores, pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou pela Segurança Social.

Em 2005 foi adquirido um imóvel, que após sofrer as remodelações necessárias, para acolher um CAT para a faixa etária dos 12 aos 18 anos resposta social inexistente até ao momento, no Concelho de Palmela, cuja inauguração veio a acontecer em 21 de Dezembro de 2007.

Em continuidade do projecto “Ser Criança, Ser Idoso”, em Setembro de 2005, iniciou-se um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) no sentido de dar resposta aos idosos que, com o devido apoio, podem permanecer na sua

residência, de forma a retardar o seu processo de envelhecimento e/ou integração em Lar de Idosos.

Devido à forte dinâmica de crescimento da Instituição e após decisão em Assembleia Geral, iniciou-se um processo de mudança da figura jurídica de Associação COI, para uma Fundação IPSS.

Em Dezembro 2005, é lavrada a escritura pública através da qual se inicia o processo de extinção da Associação COI e da transferência de todas as obrigações e direitos daí decorrentes para a então constituída Fundação COI. Em tal data verifica-se a publicação na 3ª Série do Diário da República, dos Estatutos.

Em 10 de Fevereiro de 2006, é entregue o processo, devidamente instruído, para reconhecimento da Fundação COI, no MTSS.

Por despacho de 05/12/2006 do Secretário de Estado da Segurança Social, é conferido o estatuto de Fundação de Solidariedade Social e de Utilidade Pública, sendo o registo lavrado em 27/12/2006 pela inscrição nº 25/05 nas fls.115 e 116 do livro nº 6 das Fundações de Solidariedade Social, e publicado em 13 de Fevereiro de 2006, na 3.ª Série do Diário da República.

Em 16 de Março de 2007, teve lugar a cerimónia de tomada de posse dos membros do Conselho de Fundadores e do Conselho de Administração. Administrativamente, a Fundação dá continuidade à actividade exercida pela Associação COI a partir de 1 de Abril de 2007 e em 2 de Julho deste mesmo ano tomam posse o Conselho Consultivo e o Conselho Fiscal.

Em Novembro de 2007, foi inaugurado um Espaço de Saúde “Farmatural”, com o intuito de criar mecanismos de auto-financiamento tendo em vista a sustentabilidade económico-financeira na percussão da Missão, Visão e Valores da Fundação COI.

Em 21 de Dezembro de 2007, foi inaugurado o CAT para a faixa etária dos 12 aos 18 anos, resposta social inexistente até ao momento no Concelho de Palmela.

Em Novembro de 2008, foram inauguradas as novas instalações do CAT para Crianças em Risco na faixa dos 0 aos 6 anos, tendo sido co-financiado pelo Fundo Sócio Europeu, situando-se na zona sul de Pinhal Novo. Trata-se de um novo edifício, construído de raiz e que permitiu aumentar o número de respostas existentes, para 20 e acoplou também uma nova estrutura de Cresche, com capacidade para 66 clientes.

Em Outubro de 2009, foi inaugurado a Quinta Pedagógica, um espaço lúdico e educativo inovador (Moderno Conceito de Eco-Educação), ao ar livre, no qual se desenvolvem estratégias de sensibilização para a preservação dos valores culturais, patrimoniais e ambientais da região “Caramela”.

Em Julho de 2009, foi efectuada uma candidatura ao Programa Modelar, com vista à construção de uma unidade de CCI, na tipologia de Longa Duração e Manutenção.

Em Dezembro de 2009, através da candidatura a financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian foi possível desenvolver um projecto de Banco de Ajudas Técnicas, resposta esta que abrange as pessoas que, estando a residir no seu domicílio, necessitam de equipamentos que lhes facilitem a mobilidade e o regular funcionamento

da sua vida diária.

Ainda em Dezembro de 2009, foi assinado um protocolo com o CDSS para o desenvolvimento de um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP), como actividade complementar aos CAT e Lar de Jovens, assim como complementar no apoio familiar dado no âmbito das duas equipas do Rendimento Social de Inserção (RSI), nas freguesias de Pinhal Novo e Poceirão.

Em 29 de Maio de 2010, foi inaugurado o Lar Residencial e Residência Autónoma, projectos direccionados para a população portadora de deficiência, através de candidatura ao Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES).

Em Junho de 2010, foi assinado o contrato de atribuição de apoios financeiros a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos, entre a Fundação COI e a ARSLVT, para a construção de raiz de uma unidade de CCI de Longa Duração e Manutenção, inserido no âmbito do Programa Modelar e da RNCCI.

Em 13 de Outubro de 2010, foi inaugurada a Clínica “CliniCOI”, que sendo uma Unidade Privada de Saúde, vem criar um serviço especializado na área da saúde, que apoia as respostas sociais da instituição e, simultaneamente, cria mais um recurso disponível à comunidade. Por outro lado, surge na perspectiva de dinamizar a política económica de desenvolvimento sustentado da Fundação.

Ainda em 2010, iniciaram-se as obras de remodelação e ampliação de uma moradia já adquirida, em Pinhal Novo, destinada a uma Comunidade de Inserção com o intuito de apoiar jovens mães e grávidas em risco na sua plena inserção social, colmatando uma carência de respostas a este nível na região. Tendo-se iniciado em simultâneo obras de remodelação em quatro apartamentos, situados no Montijo, já adquiridos pela Fundação com vista à automatização de jovens/adultos que atinjam a maioridade em instituições, tendo assim como objectivo o ganho de autonomia destes com vista à sua desinstitucionalização.

2.3.2. Caracterização da Fundação COI

Como se constata, a Fundação COI, já passou por um processo evolutivo considerável, desde que foi criada. Possuindo actualmente uma diversidade de respostas sociais que de uma forma abrangente tentam responder às necessidades que vão surgindo na comunidade.

A Fundação, de entre outras funções denota ter uma importante função de construção da comunidade que é desempenhada em várias áreas de actividade, tais como a Cultura e Lazer; Educação; Serviços Sociais; Ambiente; Desenvolvimento e Habitação, entre outras.

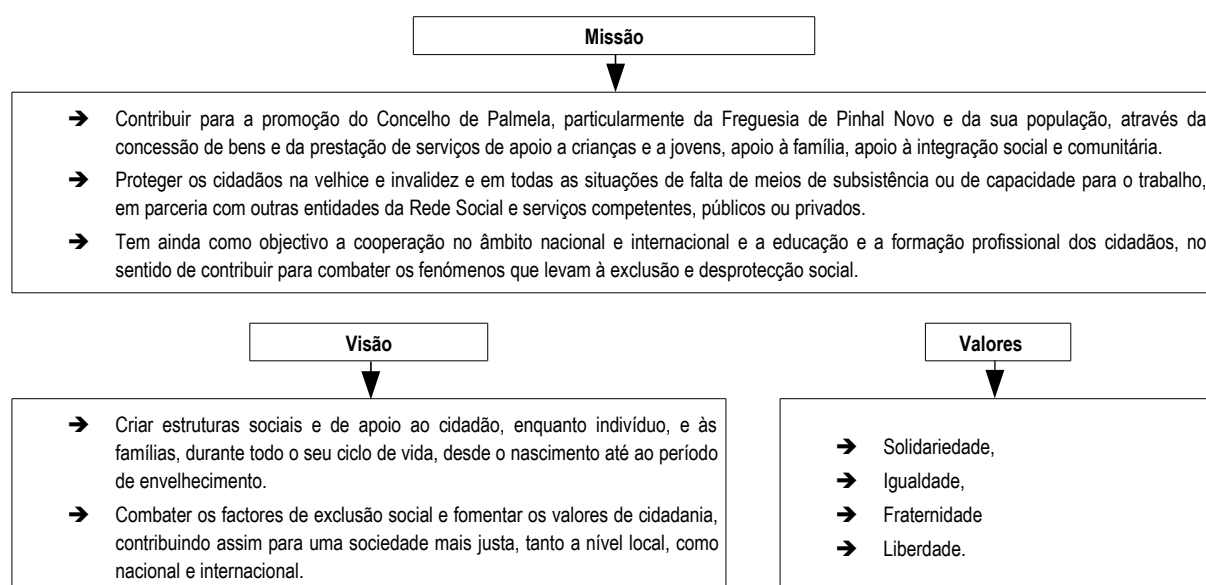
Esta diversidade, para além de ser uma mais valia para a comunidade e os seus beneficiários que delas podem usufruir, também é fundamental para a própria sustentabilidade económica desta Organização Sem Fins Lucrativos (OSFL), devido à diversificação de fontes de financiamento que as diferentes respostas sociais

proporcionam.

Segundo o livro, *Gestão de Organizações Sem Fins Lucrativos*, para uma OSFL ser sustentável deve procurar diversificar as fontes de financiamento, investindo em novas respostas capazes de responder às exigências das funções económicas desempenhadas e aproveitar recursos de base local (Azevedo; Franco; Menezes, 2010).

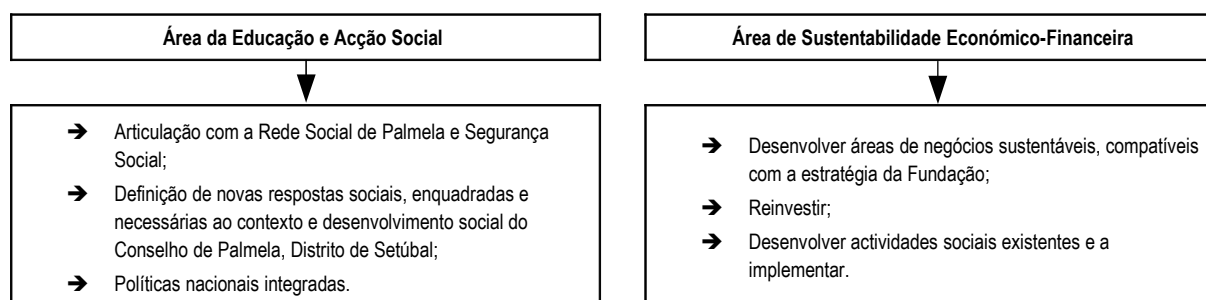
Actualmente e segundo o seu ideário presente no Relatório, Balanço e Contas 2010 (Fundação COI, 2011, detém como Missão, Visão e Valores os apresentados na Figura IV.

Figura IV: Missão, Visão e Valores da Fundação COI



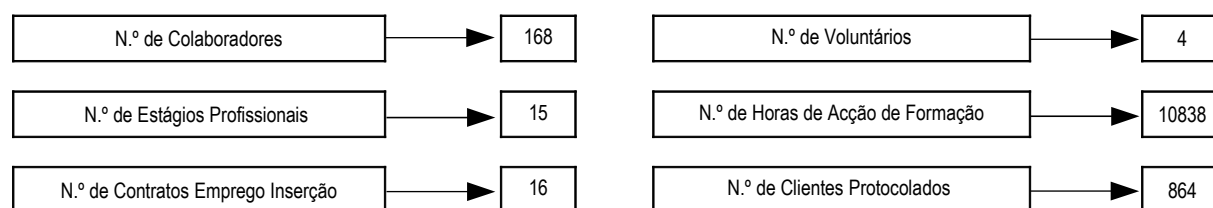
Estrategicamente a Fundação COI, detém duas grandes áreas como linhas orientadoras, a área da educação e acção social e a área de sustentabilidade económico-financeira, como se apresenta na Figura V.

Figura V: Áreas Estratégicas da Fundação COI



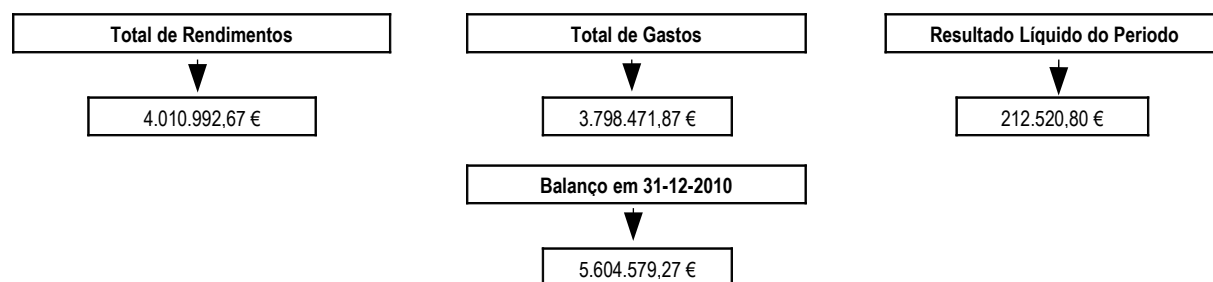
Segundo o Relatório de Administração do mandato de 2007-2010 (Fundação COI, 2010), em termos de balanço social, detinha a seguinte estrutura:

Figura VI: Balanço Social da Fundação COI em 2010



Em termos de contas de gerência a Fundação COI, detinha a seguinte dimensão financeira:

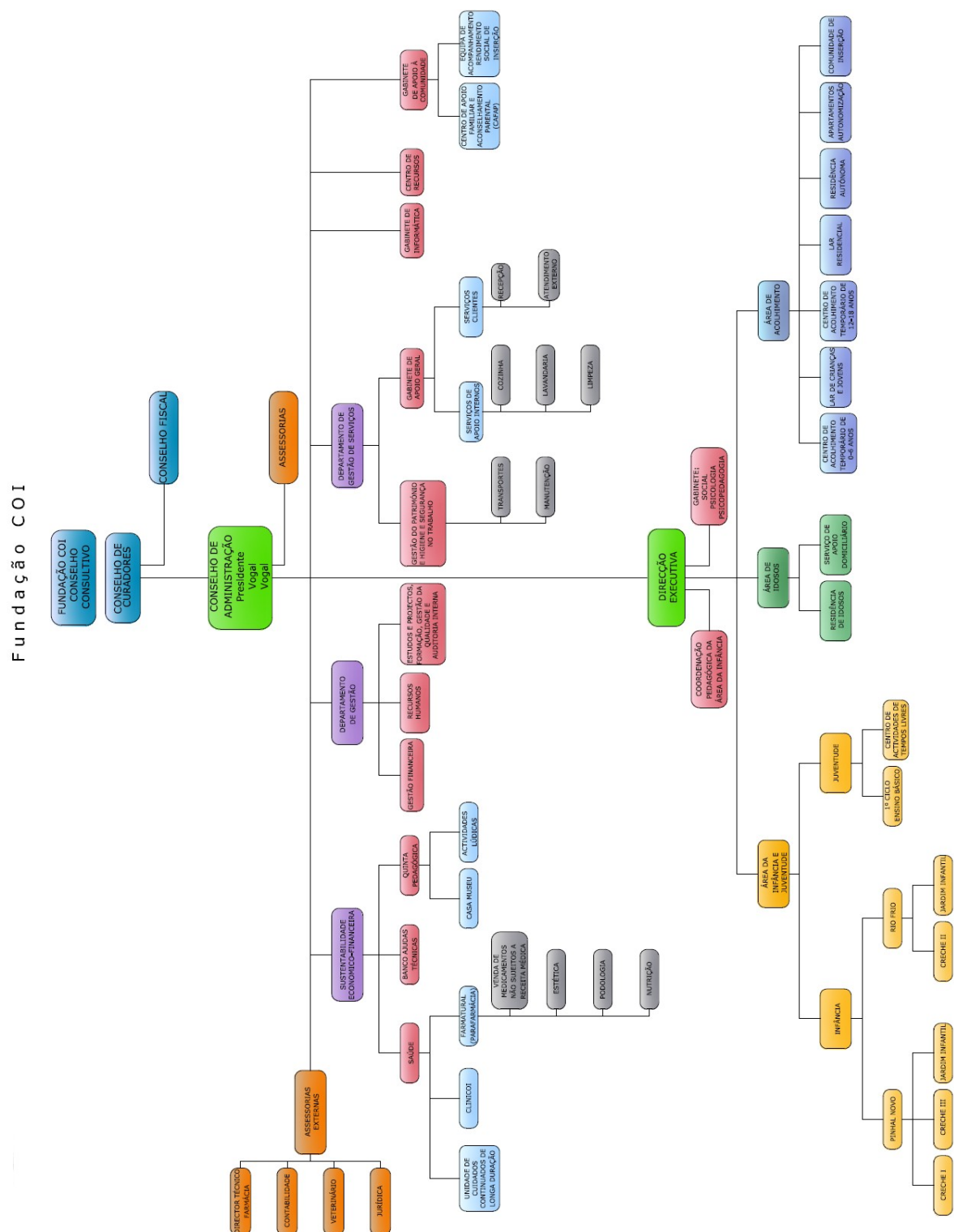
Figura VII: Dimensão Financeira da Fundação COI em 2010



2.3.3. Organograma da Fundação COI

O Organograma da Fundação COI, encontra-se apresentado na Figura IX.

Figura VIII: Organograma da Fundação COI



2.3.4. Tipologia e Características da Unidade de Internamento da Fundação COI

O projecto da Unidade de Internamento vem no âmbito da candidatura efectuada pela Fundação COI, junto da ARSLVT, ao abrigo da segunda fase do Programa Modelar, para a adesão à Rede através da construção de uma ULDM, inserido no Sistema Nacional de Saúde, operacionalizado através da RNCCI.

Esta tipologia de CCI, caracteriza-se por deter um carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar, em simultâneo, apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

A Fundação COI com a construção da ULDM, poderá oferecer cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a noventa dias consecutivos.

A Unidade proporcionará o internamento, por um período inferior a noventa dias, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador (cuidador informal), até noventa dias por ano.

Desta forma, a ULDM da Fundação COI criará uma estrutura, que promovem a continuidade dos cuidados de forma integrada, prestando em simultâneo cuidados de saúde e de apoio social aos utentes que se enquadrem nos parâmetros do processo de admissão para este tipo de unidades. Fornecendo deste modo uma resposta adequada à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidades.

Esta unidade de internamento terá como finalidade promover a reabilitação, readaptação e reintegração social do indivíduo, mantendo em simultâneo o conforto, a qualidade de vida e a relação com a família.

A ULDM da Fundação COI, terá como visão criar uma estrutura que promova a continuidade dos cuidados de forma integrada, prestando cuidados de saúde e de apoio social aos cidadãos que sofram, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no seu domicílio.

A ULDM será gerida pelo Conselho de Administração da Fundação, através de um técnico da área da saúde ou da área psicosocial, nomeado responsável dessa resposta pelo Conselho de Administração da Fundação COI. A Unidade irá assegurar, nomeadamente, actividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem diários; cuidados médicos; prescrição e administração de fármacos; apoio psicosocial; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sócio-cultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das AVD e apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

Na Unidade de Internamento da Fundação COI, serão prestados serviços de enfermagem diurnos e nocturnos; serviços médicos presenciais, pelo menos uma vez por semana, com revisão semanal do plano terapêutico e revisão mensal do plano de manutenção e reabilitação; serviços de reabilitação diários; promoção da

participação dos familiares ou outros directos conviventes ou voluntários organizados, na interacção com o dependente; serviços de desenvolvimento de actividades lúdico-ocupacionais e a preparação da alta e o respectivo acompanhamento do dependente.

Em termos organizacionais a ULDM da Fundação COI, irá prestar um serviço autónomo, em espaço próprio de forma a garantir cuidados integrados, individualizados e humanizados de manutenção de aptidões e apoio social.

Ainda em termos organizacionais, terá como componentes do seu processo administrativo, a identificação e residência do dependente; a identificação, residência e telefone de um familiar ou de outra pessoa a contactar no caso de necessidade; a identificação da entidade referenciadora; a identificação do médico assistente e respectivos contactos; a data do início e fim da prestação de serviços; as componentes sociais e clínicas; o diagnóstico das necessidades clínicas e sociais; o plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objectivos a atingir; o registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento interventor, datado e rubricado; a avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção e a nota de alta.

O funcionamento da ULDM da Fundação COI, reger-se-á de acordo com as regras definidas no regulamento interno desta Unidade de Internamento, que entre outras normas a seguir obrigatoriamente, irá conter os critérios de admissão e de alta dos utentes; a definição das competências e funções de cada profissional da Unidade e o respectivo horário de funcionamento.

A ULDM da Fundação COI terá como critérios de admissão de utentes as necessidades de apoio para a satisfação das funcionalidades básicas; as necessidades de cuidados de manutenção de aptidões; a impossibilidade de inserção na comunidade do dependente, por ausência de recursos sócio-familiares; a necessidade de descanso dos cuidadores informais. Sendo que a admissão na Unidade será sempre efectuada mediante intervenção da ECL.

A Unidade terá, entre outros, como critérios de alta o atingir dos objectivos clínicos e de reabilitação; a necessidade de serem prestados cuidados ao dependente a um outro nível de diferenciação; a capacidade do dependente de se reinserir na família e/ou na comunidade. A preparação da alta será da competência de uma equipa da unidade, através de um processo sistemático que garantirá a continuidade do tratamento e apoio.

A avaliação da ULDM da Fundação COI, será realizada, por um lado, através de um processo interno de avaliação sistemática, devidamente documentada e, por outro lado, através de um processo externo de avaliação periódica, qualitativa, segundo critérios definidos pela UMCCI.

2.3.5. Estrutura Física da ULDM da Fundação COI

A estrutura física da ULDM a construir de raiz, terá como localização um terreno próprio da Fundação COI que se situa na Palhota, pertencente à Freguesia de Pinhal Novo no Concelho de Palmela.

O local da edificação da Unidade tem acessibilidade, sendo servido por uma boa rede de transportes públicos e de fácil acesso pedonal, através da Estrada Municipal 575. Encontrando-se a implantação numa zona de boa salubridade, distante de infra-estruturas que provocam ruído, vibrações, cheiros, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública, ou perturbem, ou interfiram, no quotidiano dos utilizadores, aliás trata-se essencialmente de uma zona de dormitórios. Encontra-se no entanto, inserido na comunidade, permitindo a fácil integração social dos seus utilizadores. O edifício foi projectado com base nas construções típicas da região, ou seja, baseado na chamada construção “Caramela” que pelas suas características morfológicas serve de referência para a implantação do conjunto edificado.

Tendo em conta as características da sua implementação a ULDM da Fundação COI irá desenvolver-se nas áreas funcionais que constituem a estrutura orgânica do edifício, que de uma forma mais detalhadas se encontram apresentadas no Anexo I - Memória Descritiva e Justificativa do Projecto de Construção da ULDM da Fundação COI e no Anexo II - Plantas, Cortes e Alçados do Projecto da ULDM da Fundação COI.

Assim, existirão as seguintes áreas funcionais:

- Área de Recepção / Área Administrativa;
- Área de Convívio e Lazer;
- Área de Refeições;
- Área de Quartos e Higiene Pessoal;
- Área Médica e de Enfermagem;
- Área de Medicina Física e de Reabilitação;
- Área de Terapia Ocupacional;
- Área de Pessoal;
- Área de Logística;
- Casa Mortuária;
- Áreas Técnicas;
- Pátio Interior;
- Estacionamento.

A Área de Recepção / Área Administrativa, é constituída por um átrio de recepção, pelas instalações sanitárias para os visitantes (divididas por sexos e outra para pessoas com mobilidade condicionada), recepção e área administrativa de apoio ao funcionamento burocrático e arquivo clínico da Unidade.

A Área de Convívio e Lazer, situada no corpo central do edifício, com diferentes acessos que permitem uma total funcionalidade e facilidade de acesso por parte dos utentes, sem cruzamento de percurso. Beneficiando de grandes envidraçados que aproveitam o espaço do pátio com um jardim ao ar livre.

A Área de Refeições é constituída por uma área de serviço com átrio de entrada, que funciona como ponto de distribuição de acessos ao compartimento dos lixos. Tem a copa com o equipamento necessário para a preparação de refeições ligeiras, que tem acesso independente da entrada principal. Tem a zona de limpos (distribuição das refeições) e sujos (recepção da loiça suja). Tem a despensa do dia para o armazenamento dos produtos de gastos diários. Tem uma zona de refrigeração para a conservação de produtos necessários à confecção. Este espaço detém acesso independente da entrada principal, permitindo ainda o acesso directo dos colaboradores à sala de refeições. A zona de refeições tem um local com elevatórios junto à entrada da sala para utilização dos utentes e de duas instalações sanitárias associadas, para pessoas com mobilidade condicionada, divididas por sexos.

A Área de Quartos e Higiene Pessoal é constituída por quartos duplos e quartos individuais com acesso através de um corredor com uma dimensão de 2,20 m de largura que assegura o cruzamento de duas camas. As portas dos quartos têm a dimensão de 1,15 m de entrada livres. Os quartos permitem a inscrição de um círculo com o diâmetro de 1,50 m de acesso à cama nos quartos individuais e a uma das camas, nos quartos duplos. Todos os quartos serão equipados, junto das camas de tomadas/ligações para a rede de gases medicinais e equipamento eléctrico. Em função da sua especificidade, os quartos serão equipados com mobiliário adequado, tendo um lavatório em inox com torneira de alavanca, tipo hospitalar, para uso dos profissionais de saúde da Unidade. Todos os quarto têm uma instalação sanitária privada com acessibilidade total, tendo base de duche de pavimento, barras de apoio em inox, lavatório com altura regulável, espelho fixo a 0,80 m de altura do pavimento. O acesso à instalação sanitária é feito por porta de correr exterior por questões de assepsia e não entra em conflito com a correcta circulação do utente. Os quartos detêm ainda uma boa iluminação, ventilação natural e mecânica e serão equipados com estores térmicos que permitirão o seu completo obscurecimento, sendo que no interior terá estores interiores de rolo do lado da janela e ornamentais do lado do quarto.

A instalação sanitária de banho assistido é constituída por uma base de duche, permitindo a livre circulação de colaboradores no apoio ao banho e fácil acesso por parte dos utentes, tanto com cadeiras de rodas como através de macas em três lados, tendo ainda um lavatório regulável, sanita, bidé, base de duche em pavimento (com inclinação de 2%) e as respectivas barras de apoio em inox.

A Área Médica e de Enfermagem é constituída pelo posto de enfermagem, com zona de armazenagem, de preparação de medicação e de registo, sendo que a sua localização permite ter um campo de visão sobre a circulação da Unidade, através de um envidraçado. É constituída também pela sala de observação/tratamentos que será apetrechada com equipamentos e mobiliários adequados para a sua função. É ainda constituída pelo gabinete médico/de enfermagem que detém uma zona de arrumação de material clínico em armário. O acesso encontra-se garantido através do corredor com as dimensões regulamentares exigidas para o cruzamento de

duas camas se necessário.

A Área de Medicina Física e de Reabilitação que se encontrará no corpo central do edifício, terá um acesso por corredor que permitirá a entrada, caso seja necessário, de camas/macac, facilitando assim o acesso dos utentes acamados ou de mobilidade condicionada a este espaço. Este será composto por diversos equipamentos específicos para o desenvolvimento das actividades de reabilitação.

A Área de Terapia Ocupacional, encontrar-se-á também no corpo central do edifício, sendo orientada pelo mesmo princípio de funcionalidade da área de medicina e de reabilitação, sendo que será composto por um compartimento para a realização de sessões de electroterapias, com zona individualizada para tratamentos de parafina e paragange, apetrechada com equipamentos adequados. Será também neste espaço que se realização as sessões de terapia da fala, tendo ainda instalações sanitárias associadas divididas por sexos, em que cada compartimento possui uma instalação sanitária específica para pessoas de mobilidade condicionada.

A Área de Pessoal é constituída por uma sala de trabalho multidisciplinar, podendo ser utilizada para a realização de reuniões ou servir como área de pausa. Este espaço terá ainda dois vestiários divididos por sexos composto por uma zona de cacifos, uma base de duche e equipamento sanitário compartimentado por divisórias.

A Área de Logística é composto por uma sala de desinfecção e lavagem de material clínico, sendo equipada com uma pia de lavagem. É composto por uma sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras, equipada com uma pia de despejos, uma pia de lavagem e um armário em inox para a arrumação das mesmas. Tem uma zona de equipamento de limpeza para arrumação de um carro de limpeza, sendo esta apetrechada com pia de despejo e torneira. Tem uma zona de material de consumos e uma zona de arrumação da roupa limpa. A zona de material clínico encontra-se num armário no gabinete médico/de enfermagem, por ser mais prático e funcional. Tem ainda uma sala de sujos e despejos para a arrumação temporária de sacos de roupa suja e de resíduos de despejos, estando também equipada com uma pia de despejos.

A Casa Mortuária é composta por um átrio de entrada com acesso independente do lado exterior devidamente compartimentado, evitando assim possíveis contactos directos por parte dos utentes com este espaço. Tem uma sala para o depósito temporário de cadáveres apetrechada com mobiliário e equipamento adequado à função, assim como de uma instalação sanitária de apoios com lavatório e sanita.

As Áreas Técnicas funcionam de forma autónoma e independente do edifício, de fácil acesso, sendo constituída por uma bomba de calor, por painéis solares que se irão localizar por cima da cobertura, de acordo com o projecto da especialidade. Terá um compartimento para as unidades de Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado (AVAC). Terá dois compartimentos para as instalações de gases medicinais, apetrechados com material adequado para o seu correcto funcionamento. Terá um compartimento para o hidropressor e um compartimento para o lixo hospitalar. Ter-se-á ainda no mesmo seguimento, um posto de transformação e o grupo electrogéneo, tendo ambos os espaços acessos directos do exterior. Estas áreas técnicas funcionarão numa única cobertura conjunta de duas águas.

O Pátio Interior será um espaço resultante da própria morfologia do edificado e tem como objectivo criar uma zona de jardim/espaço verde para o livre usufruto dos utentes, este espaço enquadra ainda um poço já existente no terreno, que será devidamente recuperado e sujeito às regras de segurança em vigor.

O Estacionamento e o espaço para a sua localização resulta, por um lado, das condicionantes da própria morfologia do terreno e por outro lado, do cumprimento do número de lugares previstos no Plano Director Municipal de Palmela.

A generalidade dos espaços do edifício terão ventilação e iluminação natural, à excepção de algumas áreas técnicas e instalações sanitárias associadas, que serão, por sua vez, ventiladas através de meios mecânicos de forma a cumprir com a legislação em vigor.

Relativamente às suas áreas, o lote destinado à construção de raiz da ULDM da Fundação COI detém uma área de 6.481,76 m², sendo a área de implantação total de 6.442,76 m². O edifício principal terá uma área de implantação de 1.973,80 m². Terá uma capacidade para trinta e nove camas, divididas em quartos individuais e duplos, de acordo com as normas legais vigentes. O estacionamento terá capacidade para receber quarenta e dois veículos, sendo que quatro dos lugares serão cobertos. Terá ainda 1.568,15 m² destinado a espaços verdes.

Em relação aos materiais a serem utilizados no exterior do edifício, teremos um revestimento exterior do alçado em reboco fino, pintado de branco, com o soco, cunhais e molduras de vãos pintados de azul. Os pavimentos de circulação pedonal e de circulação rodoviária serão em blocos de betão. A cobertura do edifício será em telha portuguesa, tipo canelada com sub-telha que aumentará a resistência térmica da mesma e minimizará as infiltrações.

Quanto aos materiais a serem utilizados no interior do edifício, teremos pavimentos cerâmicos ou vinílicos em todas as áreas, com excepção dos quartos que terão pavimentos de madeira. Todas as zonas comuns ou de circulação terão as paredes com lambrins cerâmicos, acima dos quais será usado estuque pintado. Os sanitários serão totalmente revestidos com materiais laváveis, com excepção dos tectos que serão de estuque pintado.

A ULDM da Fundação COI, contempla compartimentos que vão para além dos indicados pelo Programa Modelar, resultando este facto no melhoramento das áreas funcionais, o que optimizará a oferta dos serviços prestados pela Unidade aos seus utentes.

2.3.6. Recursos Humanos da ULDM da Fundação COI

A ULDM da Fundação COI para além de poder oferecer uma resposta integrada com prestação de cuidados de saúde e apoio social, inexistente até então no concelho de Palmela, possibilitará em simultâneo a oferta de novos postos de trabalho directos e indirectos, contribuindo assim para a diminuição do desemprego na região.

A Unidade irá dispor de uma equipa técnica multidisciplinar, nas áreas da saúde e da acção social, definidas de acordo com a natureza da tipologia dos cuidados que presta, de forma a responder às necessidades específicas dos seus utentes.

Com base no Formulário de Candidatura da Fundação COI ao Programa Modelar (Anexo IV), mas reformulando-o de acordo com as reais necessidades de recursos humanos estimadas, tendo em conta a capacidade por instalar de trinta e nove camas que correspondem a trinta e nove utentes, a equipa multidisciplinar da ULDM da Fundação COI, será constituída pelos seguintes profissionais de saúde:

- 2 Médicos, a tempo parcial (sendo um deles o Director Clínico da Unidade);
- 12 Enfermeiro, a tempo inteiro (sendo um deles o Coordenador de Enfermagem);
- 1 Fisioterapeuta, a tempo inteiro;
- 1 Terapeuta Ocupacional/Fala, a tempo inteiro;
- 1 Animador Sócio Cultural;
- 1 Psicólogo Clínico, a tempo inteiro;
- 1 Nutricionista, a tempo inteiro;
- 15 Auxiliares de acção médica/ajudantes de saúde, a tempo inteiro.

A equipa multidisciplinar da ULDM da Fundação COI será constituída pelo seguintes profissionais de acção social:

- 1 Técnico de serviço social, a tempo inteiro;
- 2 Administrativos, a tempo inteiro;
- 1 Motorista, a tempo inteiro;
- 1 Técnico(a) Auxiliar de Serviços Gerais (TASG) – Lavandaria, a tempo inteiro
- 1 Cozinheiro, a tempo inteiro;
- 2 Ajudantes de Cozinha, a tempo inteiro;
- 4 TASG, a tempo inteiro

A Unidade poderá ainda contar com:

- Voluntários, devidamente preparados e enquadrados;
- Prestadores informais de cuidados, com formação e treino adequados e devidamente integrados na equipa e no contexto sócio-familiar.

Desta forma, a ULDM da Fundação COI será constituído por cerca de quarenta e seis trabalhadores com diversos perfis profissionais, com diferentes presenças efectivas e dotações diárias necessárias para uma Unidade com estas características e dimensões.

Objetivos

3. Objectivos

Numa primeira fase, este trabalho tem como finalidade, contribuir para a análise dos aspectos relacionados com os cuidados continuados, essencialmente em Portugal, analisando o estado da arte nesta matéria e os desafios futuros e de sustentabilidade financeira, com que este sector da saúde se depara.

Numa segunda fase, tem como finalidade, apresentar o projecto de construção de raiz de uma ULDM da Fundação COI, passando esta a assumir um papel de prestador da RNCCI.

Numa terceira fase, tem como finalidade, contribuir para a melhoria da realização de estudos sobre a racionalidade de projectos, nomeadamente da construção e exploração de unidades de internamento da RNCCI, em geral, e desta ULDM, em particular, mediante a elaboração de uma análise de viabilidade económico-financeira do projecto de investimento, definindo concreta e objectivamente os recursos necessários à sua exploração e os potenciais benefícios e riscos daí resultantes.

Neste sentido, estabelecem-se como objectivos:

- Elaborar um estudo de viabilidade económico-financeira, com um horizonte temporal de cinco anos, sendo que o ano zero é o ano de construção;
- Calcular a estrutura de gastos e rendimentos previsionais, assim como, de recebimentos e pagamentos, sobre o qual será analisada a viabilidade e o interesse do projecto;
- Elaborar mapas financeiros previsionais, tais como, a demonstração dos fluxos de caixa, as necessidades de fundo de maneo, a demonstração de resultados e o balanço;
- Avaliar o projecto do ponto de vista dos indicadores de avaliação económico-financeira, através da análise de cash-flows e do cálculo do Valor Actual Líquido (VAL), da Taxa Interna de Rentabilidade (TIR) e do Período de Recuperação do Investimento (PRI), que se definiram como os critérios de avaliação e decisão de investimentos, adoptados neste trabalho;
- Analisar o risco e incerteza do projecto, através da realização de uma análise de sensibilidade, perante eventuais alterações das variáveis do projecto, analisando os respectivos pontos críticos, quando confrontado com diferentes cenários hipotéticos, nomeadamente, perante variações da taxa de ocupação da unidade e alteração do modelo de pagamento, para um modelo de pagamento pelos resultados.

Metodologia

4. Metodologia

Tendo em conta que a fase metodológica é aquela onde são determinados os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas. Esta fase assume um papel de relevo na elaboração deste trabalho, já que a tomada de decisões metodológicas são fundamentais para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.

A metodologia adoptada neste trabalho, caracteriza-se por ser não experimental, uma vez que não se procede à manipulação de variáveis independentes.

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal, uma vez que se procede a uma análise da viabilidade económico-financeira da ULDM num período temporal de cinco anos (N+1, N+2, N+3, N+4 e N+5), acrescidos ao ano zero (N). Este é também um estudo retrospectivo, uma vez que alguns dos factos analisados ocorreram antes do início do trabalho. Por outro lado, também se pode considerar um estudo prospectivo, pois em alguns dos dados analisados são avaliadas as tendências evolutivas.

Na recolha de dados, são adoptadas técnicas de análise de conteúdo documental, nomeadamente, através de pesquisa normativa e bibliográfica sobre a temática em causa, com vista à revisão da literatura.

São também adoptadas técnicas quantitativas, nomeadamente, através da análise da informação proveniente de dados estatísticos, financeiros e contabilísticos oriundos da Fundação COI.

Desta forma, o estudo é constituído por material recolhido a partir de fontes de informação primárias e fontes de informação secundárias, tendo algumas destas fontes permitido o desenvolvimento da componente prática do trabalho, o estudo de viabilidade económico-financeira da ULDM.

As fontes primárias consistiram em informações resultantes:

- Da observação directa e contactos com situações e estruturas similares;
- De conversas informais com a coordenadora da ECR de Lisboa e Vale do Tejo, com uma enfermeira da UMCCI, com responsáveis pelas respostas sociais da Fundação (Residência de Idosos, SAD, Lar Residencial e CliniCOI) e com futuros responsáveis da ULDM (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, gestora e administração).

As fontes secundárias consistiram em informações resultantes:

- Da pesquisa bibliográfica, sobre a temática em causa, com vista à realização do enquadramento teórico e sobre a metodologia adoptada em gestão financeira para a realização da análise de investimentos, de acordo com o novo Sistema de Normalização Contabilística (SNC);
- Do projecto de construção da ULDM, nomeadamente, a memória descritiva e justificativa do projecto, os projectos de arquitectura e os de especialidade;

- De dados referentes à candidatura efectuada ao Programa Modelar, nomeadamente, os que constam no formulário de candidatura;
- De dados financeiros e contabilísticos de estruturas similares da Fundação COI, nomeadamente, sobre os tipos de materiais consumíveis utilizados (como por exemplo: materiais de enfermagem, materiais de higiene e limpeza, material administrativo, entre outros), quantidades consumidas, preços dos materiais consumíveis e gastos mensais com várias rubricas de fornecimento e serviços externos;
- Da tabela de retribuições por categorias profissionais, de acordo com a convenção colectiva que regula as relações de trabalho entre as IPSS e os seus trabalhadores;
- De diversa legislação aplicável ao trabalho;
- Do contrato de atribuição de apoios financeiros a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos, no âmbito do Programa Modelar, celebrado entre a ARSLVT e a Fundação COI;
- De informações da UMCCI e de diversas respostas sociais da Fundação COI visitadas.

Resultados

- **Pressupostos Técnicos, Económicos e Financeiros**
- **Investimento e Financiamento do Projecto**
- **Estrutura de Gastos Estimada**
- **Estimativa de Rendimentos**
- **Mapas Financeiros**
- **Critérios de Avaliação e de Decisão de Investimentos**
- **Análise de Risco e Incerteza do Projecto**

5. Resultados

A presente análise económico-financeira do projecto da ULDM, tenta definir concreta e objectivamente, quais os recursos físicos, humanos e financeiros necessários à exploração desta unidade de internamento, assim como os benefícios potenciais que advêm dessa conjugação de recursos.

A análise económico-financeira corresponde tanto à análise do investimento propriamente dita, como à avaliação do projecto do ponto de vista dos indicadores de avaliação financeira, tentando ainda ter em conta o risco e a incerteza sobre os acontecimentos futuros que podem vir a alterar os resultados obtidos.

5.1. Pressupostos Técnicos, Económicos e Financeiros

Este estudo é realizado com vista a um período de análise de 5 anos, utilizando a metodologia de preços correntes, tendo-se como base o ano N e prevendo-se uma taxa de inflação média anual de 2% para os anos em análise (N, N+1, N+2, N+3, N+4, N+5), de forma a tentar garantir uma imagem fiel do futuro desempenho da actividade desenvolvida desta ULDM.

Neste sentido foram tidos em conta os seguintes pressupostos gerais, apresentados na Tabela II.

Tabela II: Pressupostos Técnicos, Económicos e Financeiros

Descritivo	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Inflação						
Taxa de Variação – Índice de Preços do Consumidor (média anual)	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
Impostos						
Taxa de IVA						
Reduzida	6,00%	6,00%	6,00%	6,00%	6,00%	6,00%
Normal	23,00%	23,00%	23,00%	23,00%	23,00%	23,00%
Taxa de Actualização das Participações (Variável Rendimento)	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%
Gastos com o Pessoal						
Encargos Com Segurança Social (Entidade Patronal)	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Encargos Com Segurança Social (Trabalhador)	11,00%	11,00%	11,00%	11,00%	11,00%	11,00%
Taxa Seguro Acidentes de Trabalho	0,98%	0,98%	0,98%	0,98%	0,98%	0,98%
Taxa de Subsídio de Turno	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
Taxa de Insenção de Horário	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Valor do Subsídio de Alimentação	2,45 € /dia	2,45 € /dia	2,45 € /dia	2,45 € /dia	2,45 € /dia	2,45 € /dia
Prazo Médio de Recebimento (meses)	0	0	0	0	0	0
Prazo Médio de Pagamento (meses)	1	1	1	1	1	1

5.2. Investimento e Financiamento

5.2.1. Investimento

O investimento global necessário para a construção da ULDM é constituído por duas componentes distintas de capital fixo, uma do tipo tangível (97% do investimento global) e outra do tipo intangível (3% do investimento global).

O investimento global será de 1.887.545,95€ no ano N, dos quais 1.829.835,95€ destinam-se à aquisição de activo fixo do tipo tangível e 57.710,00€ destinam-se à aquisição de activo fixo do tipo intangível, conforme o Plano Global de Investimento apresentado na Tabela III.

Tabela III: Plano Global de Investimento

Rubrica	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Capital Fixo	1.887.545,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
1. Activo Fixo Tangível	1.829.835,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
1.1. Terreno	- €	- €	- €	- €	- €	- €
1.2. Infra-estruturas	- €	- €	- €	- €	- €	- €
1.3. Construções	1.527.388,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
1.4. Adaptação das Instalações	- €	- €	- €	- €	- €	- €
1.5. Equipamentos	302.447,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
1.6. Materiais de Carga e Transporte	- €	- €	- €	- €	- €	- €
1.7. Outros	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2. Activo Fixo Intangível	57.710,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
2.1. Estudos e Projectos	57.710,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
2.2. Assistência Técnica	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2.3. Outros	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Margem para Imprevistos						
3. Necessidades de Fundo de Maneio	- €	- €	- €	- €	- €	- €
TOTAL	1.887.545,95 €	- €	- €	- €	- €	- €

Estes investimentos sustentam a prestação de cuidados de saúde e apoio social em regime de internamento que representará o volume de negócio da actividade desenvolvida nesta unidade de CCI.

O cálculo das depreciações e amortização do investimento foi efectuado de acordo com as taxas fixadas no Decreto Regulamentar nº 25/2009, de 14 de Setembro, através do método das quotas constantes, tendo as depreciações e amortizações, no início da actividade (N+1), totalizado 121.640,52€, conforme se comprova pelo Mapa Detalhado do Cálculo das Depreciações e Amortizações do Investimento, apresentado no Anexo V.

5.2.2. Financiamento

Este projecto de investimento pressupõe uma estrutura de financiamento com três rubricas distintas, uma de capitais próprios, outra de capitais alheios e outra de carácter público (subsídio).

A componente do financiamento da rubrica capitais próprios será realizada através do recurso a auto-financiamento, ou seja, com fundos próprios da Fundação COI, correspondendo a 637.545,95€, o que equivale a 34% do financiamento total do projecto.

A componente do financiamento da rubrica capitais alheios será realizada através do recurso a um empréstimo junto de uma instituição de crédito, correspondendo a 500.000,00€, equivalendo a 26% do financiamento total do projecto.

A componente do financiamento de carácter público será realizada através do recurso ao co-financiamento do Programa Modelar (Candidatura Aprovada), correspondendo a 750.000,00€ que equivale a 40% do financiamento do projecto.

O Mapa de Financiamento do Projecto encontra-se apresentado com as suas diferentes rubricas, na Tabela IV.

Tabela IV: Mapa de Financiamento do Projecto

Rubrica	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
1. Capitais Próprios						
Capital Realizado	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Prestações suplementares de capital	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2. Auto-financiamento	637.545,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Subtotal	637.545,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
3 Capitais Alheios						
Dividas a instituições de crédito	500.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
Dívidas a sócios (suprimentos)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Subtotal	500.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
4. Subsídios						
Fundo Perdido	750.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
Reembolsável	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Subtotal	750.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
TOTAL	###	- €	- €	- €	- €	- €

5.3. Estrutura de Gastos Estimada

5.3.1. Amortizações e Depreciações do Investimento

A perda de valor do investimento encontra-se resumida no Mapa de Depreciações e Amortização do Investimento apresentado na Tabela V.

Tabela V: Mapa de Depreciações e Amortizações do Investimento

Activo Fixo Tangível	V.R.	Taxa anual quotas constantes (%)	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Edifício afecto a serviços de saúde	1.527.388,00 €	5,00%	76.369,40 €	76.369,40 €	76.369,40 €	76.369,40 €	76.369,40 €
Equipamentos							
Rouparia (Toalhas, resguardos, lençóis, ...)	2.890,21 €	50,00%	1.445,11 €	1.445,11 €	- €	- €	- €
Rouparia (Edredons, Cobertores, Colchas, ...)	2.584,46 €	25,00%	646,12 €	646,12 €	646,12 €	646,12 €	- €
Higiene e Limpeza (Balões, suportes, ...)	1.084,80 €	12,50%	135,60 €	135,60 €	135,60 €	135,60 €	135,60 €
Louçaria (Pratos, Garfos, Facas, ...)	1.258,72 €	25,00%	314,68 €	314,68 €	314,68 €	314,68 €	- €
Louçaria (Saladeiras, pires e chávenas, ...)	178,36 €	33,33%	59,45 €	59,45 €	59,45 €	- €	- €
Mobiliário (Secretárias, Armários, Cadeiras, Mesas, ...)	38.372,20 €	12,50%	4.796,53 €	4.796,53 €	4.796,53 €	4.796,53 €	4.796,53 €
Audiovisual (Computadores)	5.929,00 €	33,33%	1.976,14 €	1.976,14 €	1.976,14 €	- €	- €
Audiovisual (Impressoras)	3.078,00 €	20,00%	615,60 €	615,60 €	615,60 €	615,60 €	615,60 €
Electrodomésticos (Frigorífico, TV, Microondas, ...)	2.749,20 €	14,28%	392,59 €	392,59 €	392,59 €	392,59 €	392,59 €
Equipamentos e Instrumentos Médicos	244.323,00 €	14,28%	34.889,32 €	34.889,32 €	34.889,32 €	34.889,32 €	34.889,32 €

As depreciações e amortizações anuais são apresentadas de forma mais completa no Mapa Detalhado do Cálculo das Depreciações e Amortizações do Investimento, apresentado no Anexo V.

5.3.2. Encargos Financeiros Previstos

Sendo que uma parte do investimento do projecto é financiada com recurso a capitais alheios, existe a necessidade de contrair um empréstimo bancário junto de uma instituição de crédito.

O recurso a financiamento junto da banca envolve encargos financeiros, que são definidos de acordo com as condições básicas de financiamento contratualizadas entre as partes.

Desta forma, prevêem-se as condições de financiamento da Instituição de Crédito apresentadas na Tabela VI.

Tabela VI: Condições de Financiamento Prevista da Instituição de Crédito

Descritivo	Condições Básicas
Tipo	Empréstimo de Fomento à Construção de Médio Longo Prazo
Montante	Até 500.000,00 € (Quinhentos mil euros)
Prazos	<p>a) Prazo de utilização (período durante o qual os fundos são colocados à disposição do cliente, vencendo-se juros e outros encargos): 24 meses, a contar da data de perfeição do contrato.</p> <p>b) Prazo de amortização (período em que haverá lugar à cobrança de prestações de capital e de juros e outros encargos): 156 meses, a contar do termo do prazo de utilização.</p> <p>c) Prazo global: 180 meses, a contar da data de perfeição do contrato.</p>
Taxa de Juro	O capital em dívida vence juros a uma taxa correspondente à média aritmética simples das taxas Euribor a 1 mês, apurada com referência ao mês imediatamente anterior ao do início de cada período de contagem de juros, arredondada para a milésima de ponto percentual mais próxima acrescida de “ spread ” de 3% o que se traduziria, na Taxa de Juro Nominal (TN) de 3,583% ao ano e na Taxa Anual Efectiva (TAE) de 3,642% , calculada nos termos do Decreto-Lei n.º 220/94, de 23/08. A Taxa Anual Efectiva Global (TAEG) 3,828% (no primeiro ano).
Outros Encargos	<p>Comissão de Estudo: 600,00 €</p> <p>Comissão de Avaliação: 400,00 €</p> <p>Comissão de Vistorias: 140,00 € / Cada (3 vistorias = 420,00 €)</p> <p>Comissão de Acompanhamento e Gestão (sobre o saldo em dívida no início de cada anuidade, e repartido e processado por cada prestação de contagem de juros): 200,00 € / Ano</p>
Pagamento dos Juros e do Capital	Em 180 prestações mensais e postecipadas sendo as 24 primeiras só de juros e as restantes 156 iguais de capital, acrescidas dos respectivos juros.
Plano de Libertação do Capital	1ª Libertação em função do valor actual do bem e futuras em face de vistorias, de acordo com a avaliação a efectuar pela Instituição de Crédito.
Garantia	Hipoteca a constituir sobre o próprio imóvel alvo de financiamento, pelo valor do financiamento aprovado, respectivos juros e despesas.

As condições básicas de financiamento apresentadas originaram o Mapa de Encargos Financeiros Previstos na Tabela VI.

Tabela VII: Mapa de Encargos Financeiros Previstos

Período	Prestações				Capital em Dívida	
Anos	Encargos Financeiros		Reembolso de Capital	Total	No Início	No Fim
	Juros	Comissão				
N	- €	1.420,00 €	- €	1.420,00 €	- €	- €
N+1	18.210,00 €	200,00 €	- €	18.410,00 €	500.000,00 €	500.000,00 €
N+2	18.210,00 €	200,00 €	- €	18.410,00 €	500.000,00 €	500.000,00 €
N+3	17.567,98 €	200,00 €	38.461,54 €	56.229,52 €	500.000,00 €	461.538,46 €
N+4	16.167,21 €	200,00 €	38.461,54 €	54.828,75 €	461.538,46 €	423.076,92 €
N+5	14.766,44 €	200,00 €	38.461,54 €	53.427,98 €	423.076,92 €	384.615,38 €
N+6	13.365,67 €	200,00 €	38.461,54 €	52.027,21 €	384.615,38 €	346.153,85 €
N+7	11.964,90 €	200,00 €	38.461,54 €	50.626,44 €	346.153,85 €	307.692,31 €
N+8	10.564,13 €	200,00 €	38.461,54 €	49.225,67 €	307.692,31 €	269.230,77 €
N+9	9.163,37 €	200,00 €	38.461,54 €	47.824,90 €	269.230,77 €	230.769,23 €
N+10	7.762,60 €	200,00 €	38.461,54 €	46.424,13 €	230.769,23 €	192.307,69 €
N+11	6.361,83 €	200,00 €	38.461,54 €	45.023,37 €	192.307,69 €	153.846,15 €
N+12	4.961,06 €	200,00 €	38.461,54 €	43.622,60 €	153.846,15 €	115.384,62 €
N+13	3.560,29 €	200,00 €	38.461,54 €	42.221,83 €	115.384,62 €	76.923,08 €
N+14	2.159,52 €	200,00 €	38.461,54 €	40.821,06 €	76.923,08 €	38.461,54 €
N+15	758,75 €	200,00 €	38.461,54 €	39.420,29 €	38.461,54 €	0,00 €
TOTAL	155.543,75 €	4.420,00 €	500.000,00 €	658.543,75 €		

5.3.3. Recursos Humanos

5.3.3.1. Cálculo dos Gastos com o Pessoal

Depois da ULDM estar implementada, prevê-se a criação de quarenta e seis novos postos de trabalho a tempo inteiro e um postos de trabalho a tempo parcial, sendo este ocupado por um médico em regime de prestação de serviços (10 horas de trabalho semanal – 1 vez/semana, todos os dias do ano).

A definição dos perfis de profissionais foi determinada em função das necessidades específicas dos utentes, orientações técnicas mínimas exigidas, dimensão da unidade em questão e da organização do trabalho.

Os custos com pessoal estimados para o ano de N+1 cifram-se em 600.193,15€, reflectindo a existência de um corpo técnico que assegurará o funcionamento dos equipamentos afectos à unidade.

O vencimento base estimado para cada perfil profissional, teve como base, a Convenção Colectiva (Boletim do Trabalho e Emprego n.º 15/2011) que regula as relações de trabalho entre as IPSS representadas pela Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) e os trabalhadores ao seu serviço.

O Cálculo dos Gastos com o Pessoal, encontra-se apresentado na Tabela VIII.

Tabela VIII: Calculo dos Gastos com o Pessoal

Perfil Profissional	Qtd.	Vencimento Base	Afectação	Total Vencimento	Isenção de Horário	Subsidio de Turno	Subsidio Alimentação	Segurança Social/Mês	Seguro / Mês	Total Mensal c/ Encargos	Saúde no Trabalho	Total Ano (x14)	Total Mês (/12)
Médico (Director Clínico)	1	917,00 €	50%	458,50 €	91,70 €		24,70 €	96,64 €	4,49 €	584,34 €	7,50 €	8.285,74 €	690,48 €
Enfermeiro (Coordenador)	1	917,00 €	100%	917,00 €	183,40 €		49,41 €	193,28 €	8,99 €	1.168,68 €	7,50 €	16.466,47 €	1.372,21 €
Enfermeiro	11	917,00 €	100%	10.087,00 €		2.521,75 €	543,49 €	2.126,10 €	98,85 €	15.377,19 €	82,50 €	216.435,70 €	18.036,31 €
Psicólogo Clínico	1	917,00 €	100%	917,00 €			49,41 €	193,28 €	8,99 €	1.168,68 €	7,50 €	16.466,47 €	1.372,21 €
Assistente Social	1	917,00 €	100%	917,00 €			49,41 €	193,28 €	8,99 €	1.168,68 €	7,50 €	16.466,47 €	1.372,21 €
Fisioterapeuta	1	820,00 €	100%	820,00 €			49,41 €	173,88 €	8,04 €	1.051,33 €	7,50 €	14.823,56 €	1.235,30 €
Terapeuta da Fala/Ocupacional	1	820,00 €	100%	820,00 €			49,41 €	173,88 €	8,04 €	1.051,33 €	7,50 €	14.823,56 €	1.235,30 €
Dietista / Nutricionista	1	820,00 €	100%	820,00 €			49,41 €	173,88 €	8,04 €	1.051,33 €	7,50 €	14.823,56 €	1.235,30 €
Animador Socio Cultural	1	726,00 €	100%	726,00 €			49,41 €	155,08 €	7,11 €	937,60 €	7,50 €	13.231,47 €	1.102,62 €
Auxiliares de Acção Médica	15	485,00 €	100%	7.275,00 €		1.818,75 €	741,13 €	1.603,23 €	71,30 €	11.509,40 €	112,50 €	162.706,53 €	13.558,88 €
Administrativos	2	587,00 €	100%	1.174,00 €			98,82 €	254,56 €	11,51 €	1.538,89 €	15,00 €	21.754,39 €	1.812,87 €
Motorista	1	507,00 €	100%	507,00 €			49,41 €	111,28 €	4,97 €	672,66 €	7,50 €	9.522,22 €	793,52 €
TASG - Lavandaria	1	485,00 €	100%	485,00 €			49,41 €	106,88 €	4,75 €	646,04 €	7,50 €	9.149,60 €	762,47 €
Cozinheiro	1	555,27 €	100%	555,27 €			49,41 €	120,94 €	5,44 €	731,06 €	7,50 €	10.339,78 €	861,65 €
Ajudante de cozinheiro	2	485,00 €	100%	970,00 €			98,82 €	213,76 €	9,51 €	1.292,09 €	15,00 €	18.299,20 €	1.524,93 €
Trabalhadores Auxiliares de Serviços Gerais	4	485,00 €	100%	1.940,00 €			197,63 €	427,53 €	19,01 €	2.584,17 €	30,00 €	36.598,41 €	3.049,87 €
TOTAL				29.388,77 €	275,10 €	4.340,50 €	2.198,67 €	6.317,49 €	288,01 €	42.533,44 €	337,50 €	600.193,15 €	50.016,10 €

Nas estimativas de gastos com o pessoal apresentadas, foram considerados os encargos com vencimentos, segurança social e seguro de acidentes de trabalho.

Não foram previstas variações nas estruturas do quadro de pessoal ao longo do período de exploração em análise. Prevê-se que os níveis salariais passem a variar em primeiro lugar de acordo com o factor produtividade e em segundo lugar de acordo com o factor inflação.

Estima-se assim, uma estagnação dos níveis salariais nos anos em análise, tendo como base a conjuntura económica actual portuguesa que condicionará o crescimento do país, logo também o aumento da produtividade.

Os Gastos com Pessoal encontram-se apresentados na Tabela IX.

Tabela IX: Gastos com o Pessoal

Perfil Profissional	Afectação	Qtd.	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Médico (Director Clínico)	50%	1	8.285,74 €	8.285,74 €	8.285,74 €	8.285,74 €	8.285,74 €
Enfermeiro (Coordenador)	100%	1	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €
Enfermeiro	100%	11	216.435,70 €	216.435,70 €	216.435,70 €	216.435,70 €	216.435,70 €
Psicólogo Clínico	100%	1	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €
Assistente Social	100%	1	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €	16.466,47 €
Fisioterapeuta	100%	1	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €
Terapeuta da Fala/Ocupacional	100%	1	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €
Dietista/Nutricionista	100%	1	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €	14.823,56 €
Animador Sócio-Cultural	100%	1	13.231,47 €	13.231,47 €	13.231,47 €	13.231,47 €	13.231,47 €
Auxiliares de Acção Médica	100%	15	162.706,53 €	162.706,53 €	162.706,53 €	162.706,53 €	162.706,53 €
Administrativos	100%	2	21.754,39 €	21.754,39 €	21.754,39 €	21.754,39 €	21.754,39 €
Motorista	100%	1	9.522,22 €	9.522,22 €	9.522,22 €	9.522,22 €	9.522,22 €
TASG - Lavandaria	100%	1	9.149,60 €	9.149,60 €	9.149,60 €	9.149,60 €	9.149,60 €
Cozinheiro	100%	1	10.339,78 €	10.339,78 €	10.339,78 €	10.339,78 €	10.339,78 €
Ajudante de cozinheiro	100%	2	18.299,20 €	18.299,20 €	18.299,20 €	18.299,20 €	18.299,20 €
Trabalhadores Auxiliares de Serviços Gerais	100%	4	36.598,41 €	36.598,41 €	36.598,41 €	36.598,41 €	36.598,41 €
TOTAL			600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €

Apenas, pontualmente, para funções com carácter técnico específico serão efectuadas contratações. Deste modo, não se prevê que ocorra um acréscimo de custos com o pessoal ao longo do período em análise.

5.3.4. Fornecimentos e Serviços Externos

5.3.4.1. Estimativa dos Fornecimentos e Serviços Externos

No que concerne aos gastos inerentes à gestão diária operacional da actividade, nomeadamente, material consumível de enfermagem, material de escritório, electricidade e despesas de comunicação, entre outros, procedeu-se a uma estimativa com base numa análise a estruturas similares, ponderando o número de utentes e as condições de exploração da ULDM.

A estimativa dos Fornecimentos e Serviços Externos encontra-se apresentada na Tabela X.

Tabela X: Estimativa dos Fornecimentos e Serviços Externos

Rúbrica	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Subcontratos					
Serviços Especializados					
Trabalhos especializados	71.641,20 €	73.074,02 €	74.535,50 €	76.026,21 €	77.546,74 €
Publicidade e propaganda	- €	- €	- €	- €	- €
Vigilância e segurança	- €	- €	- €	- €	- €
Honorários	5.502,00 €	5.612,04 €	5.724,28 €	5.838,77 €	5.955,54 €
Comissões	- €	- €	- €	- €	- €
Conservação e reparação	1.380,00 €	1.407,60 €	1.435,75 €	1.464,47 €	1.493,76 €
Materiais					
Ferramentas e utensílios de desgaste rápido	57.515,15 €	58.665,46 €	59.838,76 €	61.035,54 €	62.256,25 €
Livros e documentação técnica	- €	- €	- €	- €	- €
Material de escritório	1.485,44 €	1.515,15 €	1.545,46 €	1.576,37 €	1.607,89 €
Artigos para oferta	- €	- €	- €	- €	- €
Energia e fluidos					
Electricidade	1.944,00 €	1.982,88 €	2.022,54 €	2.062,99 €	2.104,25 €
Combustíveis	2.527,20 €	2.577,74 €	2.629,30 €	2.681,88 €	2.735,52 €
Água	420,00 €	428,40 €	436,97 €	445,71 €	454,62 €
Outros	- €	- €	- €	- €	- €
Deslocações, estadas e transportes					
Deslocações e estadas	- €	- €	- €	- €	- €
Transportes de pessoal	- €	- €	- €	- €	- €
Transportes de mercadorias	- €	- €	- €	- €	- €
Serviços diversos					
Rendas e alugueres	- €	- €	- €	- €	- €
Comunicação	871,08 €	888,50 €	906,27 €	924,40 €	942,89 €
Seguros	2.550,00 €	2.601,00 €	2.653,02 €	2.706,08 €	2.760,20 €
Royalties	- €	- €	- €	- €	- €
Contencioso e notariado	300,00 €	306,00 €	312,12 €	318,36 €	324,73 €
Despesas de representação	- €	- €	- €	- €	- €
Limpeza, higiene e conforto	13.067,99 €	13.329,35 €	13.595,93 €	13.867,85 €	14.145,21 €
Outros serviços	- €	- €	- €	- €	- €
TOTAL	159.204,06 €	162.388,15 €	165.635,91 €	168.948,63 €	172.327,60 €

As estimativas de cada rubrica dos fornecimentos e serviços externos encontra-se apresentado de forma detalhada no Anexo VI.

5.4. Estimativa de Rendimentos

O pagamento dos serviços prestados pela ULDM, encontram-se estabelecidos em tabela de preços própria para cada tipologia de cuidados que é actualizada no início de cada ano civil.

Os rendimentos provenientes das prestações de serviços de cuidados de saúde e apoio social dependem do número de camas ocupadas e do tempo de duração do internamento de cada utente, estimando-se que se atinja

a capacidade máxima desta ULDM, no primeiro ano de actividade, ou seja, um total de 39 camas ocupadas.

O pagamento irá ser efectuado por utente/dia e de acordo com a tabela de preços praticada pela RNCCI em 2010 (Portaria n.º 326/2010 de 16 de Junho; Despacho n.º 12082/2010).

A Tabela de Preços Praticados na RNCCI em 2010 é apresentada na Tabela XI.

Tabela XI: Tabela dos Preços Praticados na RNCCI em 2010, para as ULDM

Encargos	Diária de Internamento por Utente (Utente/Dia)
Encargos com os Cuidados de Saúde	18,38 €
Encargos com Medicamentos, Realização de Exames Auxiliares de Diagnóstico	10,00 €
Encargos com os Cuidados de Apoio Social	29,98 €
Encargos pela Utilização de Fraldas	1,23 €
TOTAL	59,59 €

Estimando-se, desta forma, que por cada utente a ULDM, receberá da ARS e do Instituto da Segurança Social (ISS) uma diária de internamento de 59,59€, ou seja, uma comparticipação média mensal de 1.788,00€/utente.

Tendo em conta que a comparticipação que compete à segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social, de acordo com o Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de Setembro, prevê-se que o utente venha a assumir metade desses encargos (14,99€/dia), ou seja, uma média mensal de 449,7€/utente.

Com base no acima exposto, estima-se os seguintes rendimentos anuais que se apresentam na Tabela XII – Estimativa de Rendimentos.

Tabela XII: Estimativa de Rendimentos

Rubrica	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Prestações de Serviços	210.459,60 €	214.668,79 €	218.962,17 €	223.341,41 €	227.808,24 €
Subsídio à exploração	626.184,00 €	638.707,68 €	651.481,83 €	664.511,47 €	677.801,70 €
TOTAL	836.643,60 €	853.376,47 €	870.444,00 €	887.852,88 €	905.609,94 €

A projecção de rendimentos da ULDM apresentada, aponta para uma receita proveniente da prestação de serviços na ordem dos 210.459,60€/ano (pagas pelo utente), ao que deverá ser somado as receitas provenientes do subsídio à exploração no montante de 626.184,00€/ano (pagas pelo MS e MTSS), totalizando a quantia de 836.643,60€ no primeiro ano de actividade (N+1), ascendendo a 853.376,47€ no segundo ano (N+2).

5.5. Mapas Financeiros

Os mapas financeiros ou demonstrações financeiras, designam um conjunto de documentos onde se encontram

reflectidas as informações contabilísticas de uma entidade, sendo que os mais importantes são o balanço, a demonstração de resultados e a demonstração dos fluxos de caixa.

5.5.1. Demonstração dos Fluxos de Caixa (Método Directo)

Os fluxos de caixa deste projecto encontram-se estimados na Tabela XIII – Demonstração dos Fluxos de Caixa (Método Directo).

Tabela XIII: Demonstração dos Fluxos de Caixa (Método Directo)

Rúbricas	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Fluxos de caixa das actividades operacionais						
Recebimentos de clientes		210.459,60 €	214.668,79 €	218.962,17 €	223.341,41 €	227.808,24 €
Pagamentos a fornecedores		159.204,06 €	162.388,15 €	165.635,91 €	168.948,63 €	172.327,60 €
Pagamentos ao pessoal		600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €
Fluxo gerado pelas actividades operacionais	- €	-548.937,61 €	-547.912,50 €	-546.866,89 €	-545.800,36 €	-544.712,51 €
Pagamentos/Recebimentos do Imposto S/Recebimento	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros Pagamentos/Recebimentos actividade operacional	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Fluxos de caixa das actividades operacionais (1)	- €	-548.937,61 €	-547.912,50 €	-546.866,89 €	-545.800,36 €	-544.712,51 €
Fluxos de caixa das actividades de investimento						
Pagamentos respeitantes a:						
Activos Fixos Tangíveis	1.829.835,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Activos Fixos Intangíveis	57.710,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
Investimentos Financeiros	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros Activos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Recebimentos provenientes de:						
Activos Fixos Tangíveis	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Activos Fixos Intangíveis	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Investimentos Financeiros	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros Activos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Subsídios ao Investimento	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Juros e Rendimentos similares	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Dividendos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Fluxos de caixa das actividades de investimento (2)	-1.887.545,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Fluxos de caixa das actividades de financiamento						
Recebimentos provenientes de:						
Financiamentos Obtidos	500.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
Realização de capital e o instrumentos de Capital Próprio	637.545,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Cobertura de Prejuízos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Doações	750.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €
Outras operações de financiamento	- €	626.184,00 €	638.707,68 €	651.481,83 €	664.511,47 €	677.801,70 €
Pagamentos respeitantes a:						
Financiamentos Obtidos	- €	- €	- €	38.461,54 €	38.461,54 €	38.461,54 €
Juros e gastos similares	1.420,00 €	18.410,00 €	18.410,00 €	17.767,98 €	16.367,21 €	14.966,44 €
Dividendos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Redução de Capital e o instrumento de Capital Próprio	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outras operações de financiamento	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Fluxos de caixa das actividades de financiamento (3)	1.886.125,95 €	607.774,00 €	620.297,68 €	595.252,31 €	609.682,72 €	624.373,72 €
Variação da caixa e seus equivalentes (1+2+3)	-1.420,00 €	58.836,39 €	72.385,18 €	48.385,42 €	63.882,36 €	79.661,21 €
Efeitos das diferenças de câmbio	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Caixa e seus equivalentes no início do período	- €	-1.420,00 €	57.416,39 €	129.801,57 €	178.186,99 €	242.069,35 €
Caixa e seus equivalentes no fim do período	-1.420,00 €	57.416,39 €	129.801,57 €	178.186,99 €	242.069,35 €	321.730,57 €

A demonstração dos fluxos de caixa, enquanto mapa financeiro, demonstra os fluxos monetários e as alterações patrimoniais num determinado período de tempo, apresentando um conjunto de entradas e de saídas de dinheiro das actividades operacionais, de investimento e de financiamento de uma determinada entidade.

Em relação aos fluxos de caixa totais gerados pela actividade, observa-se no ano de construção (N), um valor negativo de 1.420,00€ que advém da necessidade de investimento, verificando-se nos períodos seguintes, fluxos de caixa positivos, resultantes da amortização deste mesmo investimento.

Os fluxos de caixa originados pela actividade operacional são sistematicamente negativos, devido ao facto de grande parte dos fluxos operacionais não serem provenientes do recebimento de clientes, mas de recebimentos provenientes de outras operações de financiamento, ou seja, o pagamento feito através de subsídio de instituições do estado como a ARS e o ISS.

5.5.2. Mapa de Necessidades de Fundo de Maneio

Em relação à estimativa das necessidades de fundo de maneio da ULDM, essas encontram-se apresentadas na Tabela XIV – Mapa de Necessidades de Fundo de Maneio.

Tabela XIV: Mapa de Necessidades de Fundo de Maneio

Nº	Rúbricas	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
1	Capitais Próprios	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €
2	Capitais Alheios estáveis	- €	57.416,39 €	129.801,57 €	178.187,00 €	242.069,36 €	321.730,57 €
3	<i>Capitais Permanentes (1+2)</i>	1.887.545,95 €	1.944.962,34 €	2.017.347,52 €	2.065.732,95 €	2.129.615,31 €	2.209.276,52 €
4	Activo Fixo	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €
5	Fundo de Maneio (3-4)	- €	57.416,39 €	129.801,57 €	178.187,00 €	242.069,36 €	321.730,57 €
6	Clientes	- €	- €	- €	- €	- €	- €
7	Existências	- €	- €	- €	- €	- €	- €
8	Estado e outros entes públicos (a receber)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
9	Necessidades Cíclicas (6+7+8)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
10	Fornecedores	- €	79.602,03 €	81.194,07 €	82.817,95 €	84.474,31 €	86.163,80 €
11	Estado e outros entes públicos (a pagar)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
12	Recursos Cíclicos (10+11)	- €	79.602,03 €	81.194,07 €	82.817,95 €	84.474,31 €	86.163,80 €
13	Necessidades em Fundo de Maneio (9-12)	- €	-79.602,03 €	-81.194,07 €	-82.817,95 €	-84.474,31 €	-86.163,80 €
14	Tesouraria Líquida (5-13)	- €	-22.185,64 €	48.607,50 €	95.369,04 €	157.595,04 €	235.566,77 €

As necessidades de Fundo de Maneio de uma entidade são os montantes de fundos que a entidade necessita de aplicar para financiar o seu ciclo operacional, isto é, para financiar o desfasamento temporal entre compras e vendas e entre vendas e recebimentos.

Pode-se dizer que a tesouraria encontra-se equilibrada quando o fundo de maneio necessário total é igual ao fundo de maneio disponível.

Constata-se uma tesouraria líquida negativa no primeiro ano (N+1) de 22.185,64€, reflectindo as naturais dificuldades de arranque da actividade. Sendo que se apresenta uma tesouraria líquida positiva em N+2 de 48.607,50€ e no restante período em análise apresenta uma tendência positiva e crescente.

5.5.3. Mapa de Demonstração de Resultados Previsionais

Este mapa demonstra como se formaram os resultados ao longo de um determinado período de tempo (neste caso, um ano), mostrando a forma como se atingiram esses resultados.

O mapa de demonstração de resultados previsionais permite obter o descritivo dos gastos previsionais e os rendimentos previsionais relativos à actividade prevista para o período.

Dado que existem diversos níveis de resultados, os resultados finais resultam da diferença entre todos os rendimentos e todos os gastos que são designados por resultados líquidos (lucros no caso dos resultados líquidos serem positivos ou prejuízos no caso de serem negativos).

Desta forma, pode-se dizer que a demonstração de resultados é um mapa financeiro que permite analisar a situação e desempenho económico-financeiro de uma determinada organização/entidade durante um período de tempo.

Permite assim analisar a rentabilidade das prestações de serviços, a rentabilidade dos capitais investidos no balanço, ou seja, a eficiência económica de toda a organização/entidade.

A demonstração de resultados previsionais da ULDM, encontra-se apresentada na Tabela XV – Mapa de Demonstração de Resultados Previsionais (por naturezas).

Tabela XV: Mapa de Demonstração de Resultados Previsionais (por naturezas)

RENDIMENTOS E GASTOS	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Vendas e serviços prestados	- €	210.459,60 €	214.668,79 €	218.962,17 €	223.341,41 €	227.808,24 €
Subsídios à exploração	- €	626.184,00 €	638.707,68 €	651.481,83 €	664.511,47 €	677.801,70 €
Ganhos/Perdas imputados de subsidiárias, associadas e empreendimentos conjuntos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Variação nos inventários da produção	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Trabalhos para a própria entidade	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Fornecimentos e serviços externos	- €	-159.204,06 €	-162.388,15 €	-165.635,91 €	-168.948,63 €	-172.327,60 €
Gastos com pessoal	- €	-600.193,15 €	-600.193,15 €	-600.193,15 €	-600.193,15 €	-600.193,15 €
Imparidades de inventários (perdas/reversões)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Imparidades de dívidas a receber (perdas/reversões)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Provisões (aumentos/reduções)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Imparidade de investimentos não depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Aumentos/Reduções de justo valor	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros rendimentos e ganhos	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Outros gastos e perdas	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos		77.246,39 €	90.795,18 €	104.614,94 €	118.711,10 €	133.089,19 €
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	- €	-121.640,52 €	-121.640,52 €	-120.195,41 €	-118.159,83 €	-117.199,04 €
Imparidade de investimentos depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Resultado Operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)		-44.394,13 €	-30.845,34 €	-15.580,47 €	551,27 €	15.890,15 €
Juros e rendimentos similares obtidos	-1.420,00 €	-18.410,00 €	-18.410,00 €	-17.767,98 €	-16.367,21 €	-14.966,44 €
Juros e gastos similares suportados	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Resultado antes de impostos	-1.420,00 €	-62.804,13 €	-49.255,34 €	-33.348,45 €	-15.815,94 €	923,71 €
Imposto sobre rendimento do período	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Resultado líquido do período	-1.420,00 €	-62.804,13 €	-49.255,34 €	-33.348,45 €	-15.815,94 €	923,71 €

O resultado líquido é negativo nos primeiros anos de arranque da actividade, sendo que se denota ao longo dos períodos em análise um crescimento dos rendimentos mais acentuado que o crescimento dos gastos, que se traduz numa convergência acentuada entre os rendimentos e os gastos. Registrando-se um resultado positivo de 923,72 € em N+5 (último ano aqui em análise).

5.5.4. Balanço Previsional

O balanço, enquanto mapa financeiro, representa e demonstra o património da entidade/organização num determinado momento. O balanço consegue agrupar de uma forma homogénea todo o património (equipamentos, dívidas de terceiros, dívidas a terceiros, numerário em caixa, depósitos bancários, mercadorias, etc.), tornando-o num documento contabilístico que permite efectuar um diagnóstico sobre a solvabilidade e rentabilidade futura do projecto.

O balanço previsional encontra-se apresentado na Tabela XVI.

Tabela XVI: Balanço Previsional

Rubricas	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
ACTIVO						
Activo não corrente						
Activos fixos tangíveis	1.829.835,95 €	1.829.835,95 €	1.829.835,95 €	1.829.835,95 €	1.829.835,95 €	1.829.835,95 €
Propriedades de Investimento	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Goodwill	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Activos Intangíveis	57.710,00 €	57.710,00 €	57.710,00 €	57.710,00 €	57.710,00 €	0,00 €
	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.887.545,95 €	1.829.835,95 €
Activo corrente						
Caixa e depósitos bancários	- €	57.416,39 €	129.801,57 €	178.187,00 €	242.069,36 €	321.730,57 €
	- €	57.416,39 €	129.801,57 €	178.187,00 €	242.069,36 €	321.730,57 €
Total do Activo	1.887.545,95 €	1.944.962,34 €	2.017.347,52 €	2.065.732,95 €	2.129.615,31 €	2.151.566,52 €
CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO						
Capital Próprio						
Capital realizado	1.887.545,95 €	1.909.754,44 €	1.966.998,79 €	1.960.033,92 €	2.006.128,18 €	2.068.761,02 €
Resultado líquido do período	-1.420,00 €	-62.804,13 €	-49.255,34 €	-33.348,45 €	-15.815,93 €	923,72 €
Interesses minoritários	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Total do Capital Próprio	1.886.125,95 €	1.846.950,31 €	1.917.743,45 €	1.926.685,47 €	1.990.312,25 €	2.069.684,74 €
Passivo						
Passivo não corrente						
Outras contas a pagar	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Passivo Corrente						
Fornecedores	- €	79.602,03 €	81.194,07 €	82.817,95 €	84.474,31 €	86.163,80 €
Financiamentos Obtidos	1.420,00 €	18.410,00 €	18.410,00 €	56.229,52 €	54.828,75 €	53.427,98 €
	1.420,00 €	98.012,03 €	99.604,07 €	139.047,47 €	139.303,06 €	139.591,78 €
Total do Passivo	1.420,00 €	98.012,03 €	99.604,07 €	139.047,47 €	139.303,06 €	139.591,78 €
Total do Capital Próprio e do Passivo	1.887.545,95 €	1.944.962,34 €	2.017.347,53 €	2.065.732,95 €	2.129.615,31 €	2.209.276,52 €

Constata-se que o balanço previsional deste projecto, demonstra as variações patrimoniais de que é alvo durante o período em análise (N;...;N+5), provocadas, essencialmente, pelo crescimento das rubricas do passivo corrente (fornecedores; financiamentos obtidos) e do activo corrente (caixa e depósitos bancários).

5.6. Critérios de Avaliação e de Decisão de Investimentos

A avaliação económico-financeira, constitui-se como um estudo de apoio à tomada de decisões por parte do investidor (o detentor do capital próprio necessário ao projecto) e dos financiadores (os detentores do capital alheio) do projecto, ponderando as despesas e as receitas do projecto de forma a aferir da rentabilidade em termos de mercado (Silva; Queirós, 2011).

Existem várias medidas capazes de caracterizar a rentabilidade de um projecto de investimento, os resultados líquidos do período do projecto (apresentados na Tabela XV), podem parecer à primeira vista a melhor medida de rentabilidade, contudo, é uma medida que depende do procedimento contabilístico adoptado, logo, pode assumir resultados diferentes, consoante a quem se pretenda apresentar.

De forma a evitar a dependência da medida de rentabilidade do projecto do procedimento contabilístico adoptado, utiliza-se como medida de rentabilidade do projecto o cash-flow.

O conceito de cash-flow designa os fluxos líquidos gerados pelo projecto, que assumem a forma de numerário, ou seja, não só os recebimentos e os pagamentos efectivos em numerário, mas também o período de tempo em que se verifica esse fluxo (dado que o dinheiro tem valor no tempo), são os registos relevantes para a medição do cash-flow.

Portanto, a rentabilidade de um investimento, é a troca de um benefício actual e seguro por benefícios futuros, sujeitos a alguma incerteza. Os benefícios diferidos no tempo coincidem com os ganhos líquidos que o investimento possa vir a gerar, que se designam por cash-flows.

Os projectos de investimento são avaliados pela sua capacidade de remunerar os capitais investidos. Desta forma, a estimativa dos cash-flows, enquanto base de análise dos projectos de investimento, constitui um dos factores críticos de sucesso na sua fase de implementação.

5.6.1. Cash-Flow, Valor Actual Líquido, Período de Recuperação do Investimento e Taxa Interna de Rentabilidade do Projecto

Existem diversos critérios, que podem ser adoptados para a avaliação do projecto de investimento, sendo que na avaliação aqui realizada, os critérios de decisão adoptados sobre a implementação ou a não implementação deste projecto foram o VAL, o PRI e a TIR, que são medidas de rentabilidade associadas ao cash-flow.

O VAL é considerado pela maioria dos manuais de avaliação financeira de projectos, como o critério de avaliação mais consistente, definindo-se por ser o excedente do acumulado dos fluxos líquidos de tesouraria, ou cash-flows de exploração actualizados, calculados para todo o tempo de vida útil do investimento, subtraídos do montante de capital investido (Silva; Queirós, 2011), ou seja, é o somatório dos cash-flows líquidos actualizados (Barros, 1995).

$$\text{Cash-Flows Líquidos} = [(\text{Cash-Flows de Exploração}) + (\text{Cash-Flows de Investimento})]$$

$$\text{VAL} = \sum_{t=0}^n \frac{\text{Cash-Flow Líquido}}{(1+i)^t}$$

Assim, considera-se que o projecto é rentável quando o VAL é positivo à taxa de actualização escolhida, significa que o projecto é totalmente recuperado, que já inclui um prémio de risco e ainda é criado um excedente monetário relativamente ao investimento inicial, em valores actuais. De acordo com este critério, quando o VAL é maior que 0 (zero) os projectos são implementáveis e quando o VAL é menor que 0 (zero), os projectos são rejeitados.

A escolha da taxa de actualização dos cash-flows, deve ter em conta o custo de oportunidade de investir num determinado projecto em detrimento de outro, podendo a taxa de actualização ser escolhida com base numa aplicação financeira tradicional, tal como os depósitos bancários.

Apresentando-se o VAL como um valor absoluto em termos monetários, não permite ter uma ideia relativa da rentabilidade do projecto de investimento, nem permite saber em quanto tempo o investimento inicial é recuperado.

Esta última insuficiência do VAL, pode ser colmatada com o cálculo do PRI, pois com este indicador financeiro consegue-se saber exactamente em que momento do projecto os capitais investidos são totalmente recuperados.

Para o cálculo do PRI, efectua-se a acumulação dos cash-flows líquidos e actualizados, sendo que o momento em que o seu valor acumulado passa de negativo a positivo, é o momento que representa o período previsto de recuperação do capital investido.

A partir do momento em que se recupera o investimento (PRI), a organização/entidade começa a acumular excedentes líquidos, que se traduzem no VAL no final do último ano.

Para além de se saber se o investimento no projecto é recuperável e em quanto tempo é recuperável, pode-se saber através da TIR qual a taxa de remuneração a que o capital investido será sujeito.

A TIR é a taxa de actualização dos cash-flows líquidos do projecto que dá o VAL nulo, ou seja, chama-se TIR de um projecto, à taxa para o qual o VAL é nulo.

A TIR é a taxa a que o investidor obtém em média em cada ano sobre os capitais que se mantêm investidos no

projecto, enquanto o investimento inicial é recuperado progressivamente (Barros, 1995).

$$r = \sum_t \frac{R - C}{(1 + i)^t} - I = 0$$

O critério de decisão pela TIR, consiste na implementação do projecto, sempre que esta seja superior à taxa de actualização utilizada no VAL, caso contrário não se deverá investir.

A análise de cash-flows previsionais encontra-se apresentada na Tabela XVII.

Tabela XVII: Análise de Cash-Flows Previsionais

Rúbricas	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Investimento Capital Fixo	360.157,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Cash Flows Investimento (1)	360.157,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Resultados Antes de Impostos (RAI)	-1.420,00 €	-62.804,13 €	-49.255,34 €	-33.348,45 €	-15.815,93 €	923,72 €
Encargos Financeiros	1.420,00 €	18.410,00 €	18.410,00 €	56.229,52 €	54.828,75 €	53.427,98 €
Depreciações e Amortizações	- €	121.640,52 €	121.640,52 €	120.195,41 €	118.159,83 €	117.199,04 €
Variação Provisões	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Cash Flows Exploração (2)	- €	77.246,39 €	90.795,18 €	143.076,49 €	157.172,65 €	171.550,73 €
CASH FLOW TOTAL (2)-(1)	-360.157,95 €	77.246,39 €	90.795,18 €	143.076,49 €	157.172,65 €	171.550,73 €

Descrição	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Cash Flows Totais	-360.157,95 €	77.246,39 €	90.795,18 €	143.076,49 €	157.172,65 €	171.550,73 €
Factor de Actualização [1/(1,05)^p]	1,00	0,9524	0,9070	0,8638	0,8227	0,7835
Cash Flow Actualizado	-360.157,95 €	73.567,99 €	82.353,91 €	123.594,85 €	129.306,33 €	134.414,49 €
Cash Flow Acumulado	-360.157,95 €	-286.589,96 €	-204.236,05 €	-80.641,21 €	48.665,12 €	183.079,61 €

O cálculo do Cash-Flow, do VAL, do PRI e da TIR do projecto da ULDM encontra-se apresentado na Tabela XVIII.

Tabela XVIII: Cash-Flow, do VAL, PRI e TIR do projecto da ULDM

Rúbricas	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Provisões	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Depreciações e Amortizações	- €	121.640,52 €	121.640,52 €	120.195,41 €	118.159,83 €	117.199,04 €
Resultados Líquidos do Período	-1.420,00 €	-62.804,13 €	-49.255,34 €	-33.348,45 €	-15.815,93 €	923,72 €
Encargos Financeiros	1.420,00 €	18.410,00 €	18.410,00 €	56.229,52 €	54.828,75 €	53.427,98 €
Total	- €	77.246,39 €	90.795,18 €	143.076,49 €	157.172,65 €	171.550,73 €
Investimento Capital Fixo	360.157,95 €	- €	- €	- €	- €	- €
Investimento Fundo de Maneio	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Cash-Flow Líquido	-360.157,95 €	77.246,39 €	90.795,18 €	143.076,49 €	157.172,65 €	171.550,73 €

Valor Actual Líquido (VAL)	183.079,61 €	Taxa Actualização: 5,00%
Período de Recuperação do Investimento (PRI)	55,48 meses	
Taxa Interna de Rendibilidade (TIR)	19,43%	

De acordo com os cálculos apresentados nas Tabelas XVI e XVII, tendo-se utilizado no somatório dos cash-flows líquidos actualizados uma taxa de 5%, prevê-se que o projecto da ULDM tenha um VAL positivo de 183.079,61€, o que significa que o projecto é rentável e portanto este critério de avaliação financeira aponta para a decisão de investir.

Segundo o PRI, o investimento é recuperado durante o ano N+4, ou seja, durante o 4º ano. Presumindo que cada cash-flow aparece linearmente ao longo de cada período, podemos dizer que a altura aproximada em que se recupera totalmente o investimento inicial do projecto, de acordo com o cálculo $[80.641,21€ / (80.641,21€ + 48.665,12€)] = 0,62$; é aproximadamente 7 meses após o 4º ano (perfazendo aproximadamente 55 meses).

Em relação à TIR e de acordo com os cálculos efectuados, constata-se que o capital investido na ULDM renderá a uma taxa de 19,43%, ou seja, conclui-se do ponto de vista deste critério de avaliação financeira, que a TIR é superior à taxa utilizada no cálculo do VAL, pelo que o investimento deverá ser realizado.

5.6.2. Evolução do Ponto Crítico (Euros) e da Margem de Segurança (Económica)

O ponto crítico e a margem de segurança são outros indicadores económico-financeiros que foram calculados e que se apresentam na Tabela XIX – Evolução do Ponto Crítico e da Margem de Segurança.

Tabela XIX: Evolução do Ponto Crítico e da Margem de Segurança

Rubricas	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
(1) Vendas e Serviços Prestados + Subsídios à exploração		836.643,60 €	853.376,47 €	870.444,00 €	887.852,88 €	905.609,94 €
(2) Gastos Variáveis		159.204,06 €	162.388,15 €	165.635,91 €	168.948,63 €	172.327,60 €
(3) Despesas Financeiras	1.420,00 €	18.410,00 €	18.410,00 €	56.229,52 €	54.828,75 €	53.427,98 €
(4) Margem = (1)-(2)-(3)		659.029,54 €	672.578,33 €	648.578,57 €	664.075,50 €	679.854,36 €
(5) Margem em % = (4)/(1)		78,77%	78,81%	74,51%	74,80%	75,07%
(6) Gastos Fixos	0,00 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €	600.193,15 €
(7) Ponto Crítico = (6)/(5)		761.950,30 €	761.533,18 €	805.506,91 €	802.443,71 €	799.496,06 €
(8) Margem de Segurança = [(1)-(7)]/(1)		8,93%	10,76%	7,46%	9,62%	11,72%

5.7. Análise de Risco e Incerteza do Projecto

A avaliação da rentabilidade de um projecto de investimento, nomeadamente, através dos indicadores financeiros VAL, PRI e TIR tem como base um cenário previsional que se estima que venha a ocorrer no futuro. Contudo, sendo uma previsão futura não se tem certezas sobre a verificação de que determinado acontecimento ocorra exactamente como foi estimado.

Aliás, a probabilidade do cenário previsto ocorrer exactamente como foi estimado é teoricamente nula, e assim sendo, torna-se importante analisar o comportamento desses indicadores de rentabilidade quando confrontados com possíveis alterações de cenário.

Com base no acima exposto e para que se possa efectuar uma avaliação da ULDM, que tenha em conta os riscos e as incertezas de determinadas situações futuras, adoptou-se pela realização de uma análise de sensibilidade e dos respectivos pontos críticos.

5.7.1. Análise de Sensibilidade (Multi-variada)

A análise de sensibilidade, serve essencialmente para se verificar o comportamento dos indicadores de avaliação do projecto de investimento, perante a alteração de variáveis do projecto.

Foram efectuadas variações percentuais nos gastos com fornecimento e serviços externos, nos gastos com o pessoal e nos rendimentos, de forma a se poder avaliar o seu impacto em termos da sua rentabilidade, nomeadamente, o seu impacto nos indicadores VAL, PRI e TIR.

O comportamento dos indicadores de rentabilidade, perante o cenário de variações nos totais dos gastos com fornecimento e serviços externos, encontra-se apresentado na Tabela XX.

Tabela XX: Cenário de Variações nos Totais dos Gastos com o Fornecimento e Serviços Externos

Cenários		Variações (%)	VAL (€)	PRI (Anos; Meses)	TIR (%)
Tipo	N.º				
Cenários Alternativos	1	-25,00%	362.083,09 €	3,10	32,44%
	2	-20,00%	326.282,39 €	3,11	29,90%
	3	-15,00%	290.481,69 €	4,1	27,34%
	4	-10,00%	254.681,00 €	4,3	24,74%
	5	-5,00%	218.880,30 €	4,5	22,10%
Cenário Base	6	0,00%	183.079,61 €	4,7	19,43%
Cenários Alternativos	7	5,00%	147.278,91 €	4,10	16,72%
	8	10,00%	111.478,21 €	5,1	13,96%
	9	15,00%	75.677,52 €	5,4	11,15%
	10	20,00%	39.876,82 €	5,8	8,28%
	11	25,00%	4.076,13 €	5,12	5,34%

O comportamento dos indicadores de rentabilidade, perante o cenário de variações nos totais dos gastos com o pessoal, encontra-se apresentado na Tabela XXI.

Tabela XXI: Cenário de Variações nos Totais dos Gastos com o Pessoal

Cenários		Variações (%)	VAL (€)	PRI (Anos;Meses)	TIR (%)
Tipo	N.º				
Cenários Alternativos	1	-25,00%	832.710,15 €	2;8	64,81%
	2	-20,00%	702.784,04 €	2;11	56,11%
	3	-15,00%	572.857,92 €	3;2	47,29%
	4	-10,00%	442.931,81 €	3;6	38,29%
	5	-5,00%	313.005,70 €	3;12	29,03%
Cenário Base	6	0,00%	183.079,61 €	4;7	19,43%
Cenários Alternativos	7	5,00%	53.153,47 €	5;6	9,33%
	8	10,00%	---	---	---
	9	15,00%	---	---	---
	10	20,00%	---	---	---
	11	25,00%	---	---	---

O comportamento dos indicadores de rentabilidade, perante o cenário de variações nos totais dos rendimentos, encontra-se apresentado na Tabela XXII.

Tabela XXII: Cenário de Variações nos Totais do Rendimento (Diária de Internamento nas ULDM)

Cenários		Variações (%)	VAL (€)	PRI (Anos;Meses)	TIR (%)
Tipo	N.º				
Cenários Alternativos	1	-25,00%	---	---	---
	2	-20,00%	---	---	---
	3	-15,00%	---	---	---
	4	-10,00%	---	---	---
	5	-5,00%	---	---	---
Cenário Base	6	0,00%	183.079,61 €	4;7	19,43%
Cenários Alternativos	7	5,00%	371.218,16 €	3;9	33,09%
	8	10,00%	559.356,72 €	3;3	46,04%
	9	15,00%	747.495,28 €	2;10	58,56%
	10	20,00%	935.633,84 €	2;6	70,78%
	11	25,00%	1.123.772,39 €	2;4	82,81%

Verifica-se a existência de uma maior sensibilidade, relativamente às variações nos rendimentos do projecto e uma menor sensibilidade nas variações nos fornecimentos e serviços externos.

Sendo que, pode colocar em causa a rentabilidade da ULDM, relativamente ao cenário base, variações negativas nos totais dos rendimentos de 5% ou mais.

Também se pode constatar que, desde que existam variações positivas de 10% nos gastos com o pessoal, relativamente ao cenário base, a ULDM perde a sua viabilidade financeira.

Verifica-se nos cenários de variações dos totais de gastos com o fornecimento e serviços externos, que mesmo na variação positiva de 25%, o VAL continua positivo e o PRI é de 60 meses (pelo que se encontra ainda dentro

do período em análise), ou seja, a ULDM continua a ser rentável.

Convém referir que a metodologia deste tipo de análise apenas permite analisar o impacto de uma variável de cada vez e por outro lado, ignora a correlação entre variáveis e as probabilidades de acontecimentos, constituindo estas, limitações da análise de sensibilidade.

É de referir também, que actualmente as ULDM são financiadas por valores fixos, segundo a diária de internamento, contudo e conforme foi visto no ponto 2.2.8. deste trabalho, existe a hipótese de virem a ocorrer mudanças no modelo de pagamento utilizado, sendo que um dos cenários possíveis poderá ser, uma parte do pagamento deixar de ser fixa e passar a ser variável, sendo paga por exemplo, de acordo com o desempenho/resultado.

Caso esta hipótese se venha a verificar, pressupõe-se que as ULDM que não atinjam os níveis de desempenho/resultado desejados, possam ser penalizadas, mas caso atinjam as metas estabelecidas, podem vir a receber um incentivo, pelo que será conveniente analisar este possível cenário, tanto em relação à viabilidade do projecto, como em relação aos ganhos em saúde que poderão ser alcançados.

5.7.2. Análise de Pontos Críticos

Os pontos críticos do investimento, são os valores que fazem com que do ponto de vista de avaliação do projecto seja indiferente investir. Para se encontrar o ponto crítico do investimento, terá de se encontrar a variação necessária das variáveis já utilizadas na análise de sensibilidade.

Desta forma, o ponto crítico de cada uma das variáveis da análise de sensibilidade, será aquele para o qual o VAL seja nulo, o PRI seja superior aos anos de análise do projecto e a TIR seja igual ao custo do capital (taxa de actualização).

O ponto crítico da variável total de gastos com o fornecimento e serviços externos, encontra-se apresentada na Tabela XXIII.

Tabela XXIII: Ponto Crítico da Variável Total de Gastos com o Fornecimento e Serviços Externos

Variações	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
25,56928%	199.911,39 €	203.909,63 €	207.987,82 €	212.147,58 €	216.390,53 €

VAL	0,00 €
PRI	72 Meses
TIR	5,00%

Taxa Actualização: 5,00%

A variação da variável total de gastos com o fornecimento de serviços externos que faz com que o VAL seja nulo, o PRI de 72 meses e a TIR, igual à taxa de actualização utilizada, é de aproximadamente 25,57%.

Isto quer dizer que, mantendo-se todas as outras variáveis do projecto e os seus pressupostos constantes, o total de gastos com o fornecimento e serviços externos, teria de ter uma variação positiva de aproximadamente 25,57%, para que a decisão de investir aponte para a indiferença.

Assim sendo, se esta variável sofrer uma variação positiva superior a 25,57%, tornará a ULDM inviável, do ponto de vista dos indicadores financeiros de avaliação utilizados.

O ponto crítico da variável total de gastos com o pessoal, encontra-se apresentado na Tabela XXIV.

Tabela XXIV: Ponto Crítico da Variável Total dos Gastos com o Pessoal

Variações	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
7,0455268%	642.479,92 €	642.479,92 €	642.479,92 €	642.479,92 €	642.479,92 €

VAL	0,00 €
PRI	72 Meses
TIR	5,00%

Taxa Actualização: 5,00%

A variação da variável total de gastos com o pessoal, que faz com que o VAL seja nulo, o PRI de 72 meses e a TIR igual à taxa de actualização utilizada, é de aproximadamente 7,05%.

Isto quer dizer que, mantendo-se todas as outras variáveis e os pressupostos constantes, o total de gastos com o pessoal teria de ter uma variação positiva de aproximadamente 7,05%, para que a decisão de investir aponte para a indiferença.

Assim sendo, se esta variável sofrer uma variação positiva superior a 7,05%, tornará a ULDM inviável, do ponto de vista dos indicadores financeiros de avaliação utilizados.

O ponto crítico da variável total de rendimentos, encontra-se apresentado na Tabela XXV.

Tabela XXV: Ponto Crítico da Variável Total dos Rendimentos

Variações	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
-4,8655520%	795.936,27 €	811.854,99 €	828.092,09 €	844.653,94 €	861.547,02 €

VAL	0,00 €
PRI	72 Meses
TIR	5,00%

Taxa Actualização: 5,00%

A variação da variável total de rendimentos, que faz com que o VAL seja nulo, o PRI de 72 meses e a TIR igual à taxa de actualização utilizada, seja de aproximadamente -4,87%.

Isto quer dizer que, mantendo-se todas as outras variáveis e os pressupostos constantes, o total de rendimentos teria de ter uma variação negativa de aproximadamente 4,87%, para que a decisão de investir aponte para a indiferença.

Assim sendo, se esta variável sofrer uma variação negativa superior a 4,87%, tornará o projecto inviável, do ponto de vista dos indicadores financeiros de avaliação utilizados.

5.7.3. Cenários Alternativos

5.7.3.1. Diferentes Taxas de Ocupação da ULDM

Tendo em conta que esta ULDM irá ter uma capacidade máxima instalada de 39 camas e tendo sido assumido no estudo de viabilidade, enquanto cenário base, uma taxa de ocupação máxima, torna-se importante verificar o seu comportamento de viabilidade perante a possibilidade de se assistir a uma diminuição da taxa de ocupação.

Segundo o Ofício-Circular de 18-07-2008, emitido pela UMCCI e de acordo com o disposto no ponto 5 da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, com a nova redacção introduzida pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro e Clausula XIX dos Acordos celebrados no âmbito da RNCCI, os quais consagram o "... pagamento adicional correspondente à diferença entre o número de lugares contratados e a taxa de ocupação verificada...". Isto quer dizer que, as unidades de CCI podem prever reservas de lugares, quando a taxa de ocupação for igual ou superior a 85%, mediante o pagamento das correspondentes diárias.

De acordo com o parágrafo anterior, depreende-se o seguinte:

- Se a ULDM tiver uma taxa de ocupação maior ou igual a 85% de camas ocupadas (admite-se que a diária de internamento seja sempre paga a 100%, devido à reserva de lugares);
- Se a ULDM tiver uma taxa de ocupação inferior a 85% de camas ocupadas (admite-se que a diária de internamento seja paga por cama efectivamente ocupada).

Perante isto, foram calculadas as implicações em termos de sustentabilidade da ULDM perante as diferentes taxas de ocupação possíveis. Tendo-se assumido os seguintes pressupostos:

- A variável fornecimento e serviços externos variam proporcionalmente com o número de camas ocupadas;
- A ULDM recebe 100% da diária de internamento, respeitante às camas contratualizadas, até uma taxa de ocupação igual ou superior a 85%. Sendo que uma taxa de ocupação inferior a 85%, a diária de internamento é paga por cama efectivamente ocupada;
- Todas as outras variáveis envolvidas permanecem constantes.

Desta forma, apresenta-se na tabela que se segue o resultado em termos de viabilidade do projecto, perante diferentes taxas de ocupação da Unidade.

Tabela XXVI: Cenários de Taxas de Ocupação Diferentes

Cenários				VAL	PRI	TIR
Tipo	Taxa de Ocupação	Nº de Camas Efectivamente Ocupadas	Diária de Internamento Paga	(€)	(Anos;Meses)	(%)
Cenário Base	100,00%	39	100% = 39 camas ocupadas	183.079,61 €	4;7	19,43%
Cenários Alternativos	95,00%	37	100% = 39 camas ocupadas	219.798,25 €	4;5	22,17%
	90,00%	35	100% = 39 camas ocupadas	256.516,91 €	4;3	24,87%
	85,00%	33	100% = 39 camas ocupadas	293.235,57 €	4;1	27,53%
	80,00%	31	80% = 31 camas ocupadas	-441.896,26 €	---	---
	75,00%	29	75% = 29 camas ocupadas	-598.140,22 €	---	---
	70,00%	27	70% = 27 camas ocupadas	-754.384,18 €	---	---
	65,00%	25	65% = 25 camas ocupadas	-883.285,45 €	---	---

De acordo com os resultados apresentados, pode-se verificar que a taxa de ocupação de 85% (33 camas efectivamente ocupadas) assume-se como a mais vantajosa para a unidade. Isto deve-se ao facto da diária de internamento permanecer constante e os gastos com a rubrica fornecimento e serviços externos, diminuirão proporcionalmente com o número de camas efectivamente ocupadas. Contudo, de acordo com estes resultados, uma taxa de ocupação inferior a 85% (menos de 33 camas efectivamente ocupadas) não é sustentável para a ULDM, ou seja, de acordo com os indicadores de avaliação financeira, o projecto seria inviável.

5.7.3.2. Alteração do Modelo de Pagamento à ULDM

Como já foi visto, no ponto 2.2.8. do enquadramento teórico, aponta-se para uma eventual alteração do modelo de pagamento existente na RNCCI, sendo que de momento ainda não existe um modelo de pagamento alternativo à diária de internamento, devido ao facto de não existir um modelo padrão que funcione correctamente com todos os tipos de prestadores, actos e patologias. Contudo, um bom modelo de pagamento deve ter influência directa na forma como os prestadores desenvolvem a sua actividade, de maneira a fomentar no prestador comportamentos que vão de encontro aos objectivos a atingir.

Perante este cenário possível, torna-se fundamental analisar o comportamento em termos de viabilidade desta ULDM, perante a hipótese da alteração do modelo de pagamento.

Optou-se por analisar um modelo de pagamento com base nos resultados, ou seja, o prestador receberá segundo o seu desempenho, podendo ser incentivado ou penalizado, caso cumpra ou não as metas previamente estabelecidas. Estes tipos de modelos de pagamento, caracterizam-se por evitar que os prestadores reduzam os cuidados prestados para diminuir os custos e melhorar a rentabilidade.

Desta forma, e para verificar o comportamento da viabilidade do projecto perante um cenário de alteração do

modelo de pagamento foram assumidos os seguintes pressupostos:

- Alteração do modelo de pagamento exclusivamente pela via da quantidade (diária de internamento) por um modelo de pagamento com base nos resultados;
- Com base no relatório de monitorização e desenvolvimento da actividade da RNCCI de 2010, a percentagem de utentes que melhoraram a sua autonomia física nas ULDM em 2010, entre a admissão e a alta, correspondeu a 10% dos utentes, estimando-se o seguinte modelo de pagamento:
 - Se os resultados da avaliação anual da autonomia física, entre a admissão e a alta do utente, forem de manutenção da autonomia física (evolução entre 0% e 10%), recebem o valor correspondente à diária de internamento (tabela de preços de 2010, Portaria n.º 326/2010, de 16 de Junho). Se o prestador conseguir melhorar as capacidades existentes em termos de autonomia física (evolução superior a 10%), recebe um incentivo de 3% sobre a diária de internamento; caso contrário, se os resultados do prestador indicarem uma perda de autonomia física do utente (evolução inferior a 0%), recebe uma penalização de 3% sobre a diária de internamento;
- Os resultados a atingir pelo prestador, são avaliados de acordo com a evolução da autonomia física (ganhos de autonomia física), medida pelo índice de Katz, entre o momento de admissão e alta do utente;
- Uma vez que as características dos utentes, mesmo em unidades da mesma tipologia, podem ser consideravelmente diferentes entre si e tendo em conta que esta unidade ainda não se encontra em funcionamento, opta-se por pressupor que esta irá deter um perfil de utentes, em relação à autonomia física, de acordo com a média nacional nesta tipologia de cuidados em 2010, apresentado no relatório de monitorização da RNCCI (incapazes e dependentes na admissão 98,5%; autónomos e independentes na admissão 1,5%).

Desta forma e com base nos valores do relatório de monitorização do desenvolvimento da actividade da RNCCI em 2010, estima-se o perfil de utentes desta ULDM na Tabela XXVII.

Tabela XXVII: Estimativa do Perfil de Uteses Admitidos na ULDM

Escala	Estado	Admissão	
		N.º de Uteses	%
0	Incapaz	16	41%
1	Dependente	22	56%
2	Autónomo	1	3%
3	Independente	0	0%
Total		39	100%

Desta forma e com base nos pressupostos assumidos, apresenta-se na tabela que se segue, os resultados em termos de viabilidade do projecto, perante uma alteração do modelo de pagamento.

Tabela XXVIII: Efeitos de Diferentes Cenários de Alteração do Modelo de Pagamento na ULDM

Cenários			VAL	PRI	TIR
Tipo	Ganhos em Autonomia Física	Incentivo/Penalização	(€)	(Anos;Meses)	(%)
Cenário Pessimista	Perda (evolução negativa inferior a 0%)	Penalização de 3%	64.440,87 €	5;5	10,51%
Cenário Base	Manutenção (evolução de 0 a 10%)	Recebe o valor fixo	183.079,61 €	4;7	19,43%
Cenário Optimista	Melhoria (evolução superior a 10%)	Incentivo de 3%	301.718,29 €	4;1	27,23%

Dos resultados do quadro, verifica-se que existe uma diferença considerável entre atingir as metas esperadas e não as atingir. O facto da ULDM conseguir uma melhoria superior a 10% na autonomia física dos seus utentes, representa ao fim dos anos em análise, consideráveis vantagens para a unidade e para os seus utentes.

Se a ULDM tiver um fraco desempenho e por isso os seus utentes registarem uma perda de autonomia física, será penalizada, contudo, não se verifica com a penalização de 3% a inviabilidade do projecto e a sua exploração.

De facto, uma alteração do modelo de pagamento pelas quantidades por um modelo de pagamento pelos resultados parece ser vantajoso, tendo em conta que se pode traduzir em ganhos em saúde, neste caso, na melhoria da autonomia física dos utentes. Por outro lado, parece estimular o prestador a ser mais eficaz nos seus resultados, pois caso contrário poderá sofrer penalizações financeiras.

Contudo, uma alteração do modelo de pagamento para este tipo de unidades de internamento requer uma avaliação detalhada do desempenho destas, nomeadamente deve controlar mais variáveis com vista à sua avaliação, devendo ter em conta as características específicas de cada unidade e o seu perfil de doentes, analisando a evolução dos utentes, não apenas em relação à autonomia física, mas também às queixas de saúde; ao estado de nutrição; às quedas; à locomoção; à autonomia instrumental; às queixas emocionais; ao estado cognitivo, ao estado social; aos hábitos, entre outros.

Posto isto, seria importante a realização de um estudo detalhado, que explorasse todas as variáveis envolvidas, de forma a poder ser desenvolvida uma correcta e justa avaliação do desempenho, com vista à implementação de um novo modelo de pagamento por resultados neste sector da saúde.

Discussão

6. Discussão

Neste ponto do trabalho, torna-se importante efectuar uma discussão acerca dos resultados apresentados, fazendo um paralelismo com outros estudos e experiências internacionais sobre alguns aspectos aqui tratados, constatando ainda algumas das limitações do estudo de caso.

Percebeu-se, que do ponto de vista económico-financeiro (através de indicadores de avaliação de investimentos) e de acordo com os pressupostos assumidos, o projecto de construção e exploração de uma ULDM (inserida na RNCCI) por uma entidade privada (neste caso sem fins lucrativos) é viável, ou seja, o projecto tem rentabilidade financeira (VAL = 183.079,61€; TIR = 19,43% e PRI = 4 anos e 7 meses).

De acordo com o estudo realizado pela Senior Living Valuation Services, Inc. (2011), sobre a avaliação de investimentos, em diversas unidades/loais que prestam Long-Term Care nos EUA, constatou-se, através de 56 inquéritos respondidos por proprietários e investidores em LTC que a “Internal Rate of Return” (Discount Rate), ou seja, a Taxa Interna de Retorno (TIR) dos investimentos em diferentes tipos de LTC analisados no estudo (Age Restricted Apartments; Unlicensed Congregate Living; Licensed Assisted Living; Licensed Alzheimer/Dementia Care; Licensed Skilled Nursing Long-Term Care; Licensed Skilled-Subacute Care e Continuing Care Retirement Community), era em média entre 9,6% e 13,3%. Tendo em conta, que a Discount Rate sofreu um decréscimo, relativamente ao ano de 2009 e 2010, poder-se-á dizer, numa primeira interpretação, que a taxa de retorno do investimento em LTC nos EUA é inferior ao deste estudo de caso (19,43%), apesar de não se encontrar muito distante.

Contudo, à que ressaltar o facto dos pressupostos assumidos e metodologia adoptada no estudo de caso serem diferentes dos assumidos no estudo acima apresentado e ainda a hipótese dos resultados obtidos pela Senior Living Valuation Services, Inc. poderem ser enviesados, visto esta ser uma empresa de consultadoria para avaliação de investimentos e por isso, o estudo e os seus resultados poderem ser condicionados por eventuais interesses instalados.

De facto, os pressupostos assumidos no estudo de viabilidade da ULDM, apesar de se encontrarem de acordo com a metodologia adoptada na gestão financeira para a realização de análise de investimentos, têm como base um cenário previsional que se estima que venha a ocorrer no futuro, contudo, sendo uma previsão futura, não existem certezas que determinados acontecimentos ocorram exactamente como foram estimados. Tendo em conta esta limitação e com o intuito de minimizá-la, efectuaram-se alterações/variações do cenário base, de forma a verificar o comportamento do projecto perante cenários alternativos que possam ocorrer no futuro, com base em tendência e recomendações de diversos estudos/relatórios para fazer face aos desafios de sustentabilidade com que os CCI se podem vir a confrontar.

Uma primeira análise da sensibilidade, revelou que a viabilidade do projecto é mais sensível a variações da variável rendimento, bastando um decréscimo de 4,87% para que a ULDM não seja sustentável financeiramente.

Contudo, convém referir algumas limitações deste tipo de análise, como o facto da análise de sensibilidade apenas permitir analisar o impacto de uma variável de cada vez e por outro lado, ignorar a correlação entre variáveis e as probabilidades de acontecimentos.

Entendeu-se que a viabilidade da ULDM apresenta uma elevada sensibilidade, perante variações da variável rendimento e com o objectivo de aprofundar as conclusões sobre esses resultados, foi efectuada uma análise a outros cenários alternativos que, por um lado, se considerou terem maiores probabilidades de ocorrerem durante a exploração da unidade e que, por outro lado, poderão ter uma maior influência na variável rendimento.

O cenário alternativo de diferentes taxas de ocupação, veio reforçar os resultados obtidos em relação à sensibilidade da ULDM perante variações da variável rendimento, tendo-se verificado que uma taxa de ocupação de 85% (33 camas efectivamente ocupadas de um total de 39 camas contratualizadas) é a mais viável financeiramente, admitindo-se os pressupostos de que, por uma taxa maior ou igual a 85% de camas ocupadas, é paga uma diária de internamento correspondente a 100%, devido à reserva de lugares. Estes resultados parecem demonstrar a existência de um incentivo por parte do pagador para que a Unidade de Internamento tenha uma produção de apenas 85% da sua capacidade total. De facto, parece ser mais vantajoso para o prestador ter apenas 33 camas efectivamente ocupadas do que as 39 camas contratadas, pois apesar de ter menos gastos com a prestação de cuidados, a diária de internamento é paga na totalidade. Isto poderá levar a que na realidade este tipo de unidades tenha uma produção abaixo do espectável, ou seja, apenas 85% da sua capacidade contratada. Sendo que, para o prestador é mais vantajoso a manutenção desta taxa de ocupação, poderá representar para o pagador gastos adicionais que não têm repercussões ao nível da maximização do potencial contratado, pois prestar cuidados de qualidade apenas a 85% dos utentes possíveis, pagando como se estivesse a proporcionar cuidados a 100% dos utentes, o que parece não ser sustentável.

A opção tomada para verificar o comportamento, em termos de viabilidade do projecto, perante uma alteração do actual modelo de pagamento (diária de internamento) foi por um modelo de pagamento por resultados, no entanto, existem outros tipos de modelos que poderiam ter sido adoptados. Um estudo sobre “Long-Term Care Financing: Models and Issues” (2004), refere algumas experiências internacionais de alternativas ao pagamento fixo por diária, como por exemplo, pagar apenas um determinado número de visitas ou de horas de cuidados, ou seja, pagar por um pacote de serviços prestados que podem ser ajustados em qualquer momento mediante as necessidades do utente. O modelo de pagamento holandês permite um máximo de 3 horas de cuidados de enfermagem por dia e um programa de cuidados domiciliários chamado “Alpha Care” que não permite mais de 16 horas por semana (Brodsky; Habib; Mizrahi, 2000). Geralmente a partilha dos serviços individuais é estabelecida desde o planeamento inicial de cuidados. Os sistemas Escandinavos habitualmente aprovam horários fixos de cuidados por cada utente. Apesar dessa partilha ter como base a avaliação das necessidades, o estudo refere que este também é utilizado como uma ferramenta de orçamentação.

Um outro cenário alternativo analisado foi a eventual alteração do modelo de pagamento às unidades de CCI, nomeadamente, a alteração do actual modelo de pagamento através de um valor fixo pago por diária de

internamento, por um modelo de pagamento com base no desempenho/resultado alcançado. Tendo-se verificado, segundo os pressupostos assumidos, que caso a ULDM alcance uma melhoria superior a 10% em termos de autonomia física dos seus utentes (recebendo um incentivo de 3% sobre a diária de internamento), a ULDM torna-se mais rentável, o que parece estimular o prestador a ser mais eficaz e evita que este reduza os cuidados prestados para diminuir os custos e melhorar a sua rentabilidade.

Apesar das limitações dos resultados alcançados, nomeadamente, por um estudo sobre o impacto de uma alteração de um modelo de pagamento requerer uma avaliação detalhada do desempenho de cada tipologia de cuidados e ter em atenção mais variáveis, como as características específicas de cada unidade e o perfil dos seus utentes, existem evidências de experiências internacionais de que o pagamento pela performance a este tipo de unidades de internamento funciona.

Segundo um estudo do “Long-Term Care Community Coalition” (2008), que efectuou uma avaliação do pagamento pela performance (desempenho/resultados) em LTC nos EUA, reconhece-se que existe pouca informação sobre os benefícios de modelos de pagamento pela performance (P4P) nos cuidados continuados, apesar de muitos autores acreditarem que o pagamento pela performance se irá tornar o principal modelo de pagamento dos LTC nos EUA. Revela ainda que, o propósito dos P4P é melhorar os cuidados prestados aos utentes e não melhorar o desempenho financeiro dos prestadores. Tendo ainda em conta, o aumento da pressão para conter os custos com os LTC nos EUA, assumem que o P4P pode ser a solução para esta preocupação.

Este estudo apresentou algumas experiências de P4P nos EUA, tais como:

- Um dos primeiros modelos de pagamento alternativos (P4P) para tentar melhorar a qualidade dos cuidados nas “nursing homes” (uma tipologia de LTC nos EUA) foi no Ilinois, Colorado e Texas. Registou algum sucesso, contudo, a relação entre os incentivos e a melhoria da qualidade não foram estabelecidos e a validade das avaliações reportadas eram incertas. Este modelo consistia no pagamento adicional de um bónus por dia, mediante o alcance de seis medidas: estrutura e meio ambiente; participação e escolha dos doentes; participação da família e da comunidade; satisfação dos doentes; planos de cuidados e serviços intensivos especializados.
- Mais recentemente, no Iowa, Minnesota e Kansas, tentaram melhorar as primeiras abordagens de P4P, o que resultou numa clara relação da qualidade dos cuidados prestados aos utentes com os incentivos financeiros. Embora estes programas ainda se encontrem numa fase de avaliação, existem indícios de resultados significativos. Sendo que o “Department of Human Services” de Iowa, afirma que as metas estabelecidas para o P4P são objectivas, mensuráveis e correlacionam-se com a qualidade de vida e de cuidados dos utentes. Tendo em conta esta afirmação, este parece ser um bom modelo de P4P para o futuro. No entanto, o estudo não encontrou dados concretos que indicassem que os programas de P4P e a perspectiva dos incentivos financeiros são suficientes para motivar a mudanças significativas ou generalizadas entre os prestadores.

Existem outras experiências sobre a implementação de programas que oferecem incentivos não financeiros para melhorar a qualidade da prestação de cuidados nos LTC. Como, por exemplo, em Vermont, através do programa “Gold Star” que foi criado para ajudar as “nursing homes” a melhorar as práticas de trabalho, como: recrutamento de pessoal; orientação e formação; níveis de pessoal e horas de trabalho, desenvolvimento profissional e abordagens de equipa. O programa também reconhece quem atinge os objectivos traçados através da possibilidade da unidade de LTC usar o logótipo “Gold Star”, podendo assim ser identificada como uma unidade de LTC de qualidade reconhecida. O facto de uma unidade de LTC possuir uma “Gold Star”, garante-lhe o acesso à possibilidade de ganhar um dos cinco prémios anuais no valor de 25,000 dólares. Apesar deste programa e outros como este não serem exactamente um modelo de pagamento pelo desempenho, representam uma tentativa de melhoria da qualidade dos serviços prestados e tem a vantagem de ter menos custos para o sistema.

- Têm surgido novas experiências piloto de modelos de pagamento pela performance, o “Centers for Medicare and Medicaid Services” (CMS), criou o programa “Nursing Home Value-Based Purchasing Demonstration” que incentiva financeiramente instalações de LTC que demonstrem uma elevada qualidade dos cuidados ou mostrem melhorias da qualidade dos cuidados prestados. É feita uma avaliação formal que inúmera uma série de objectivos, avaliando a qualidade e premiando as “nursing homes”, até ao final de cada ano, com base no pessoal; na medição dos ganhos em saúde dos utentes; nas inspecções de deficiências e nas taxas de hospitalização apropriadas.

Encontra-se actualmente a ser desenvolvido um programa piloto o “Virginia Medicaid Nursing Facility Pay for Performance Reimbursement Program” (NF-P4P) que teve início em 2009. As medidas de avaliação das unidades de LTC recomendadas para serem usadas para o programa NP-P4P são as da qualidade, pessoal, qualidade de vida dos utentes e da sua família, vistorias e inspecções estatais e as hospitalizações potencialmente evitáveis. Os prestadores que melhorem o seu desempenho, serão recompensados financeiramente.

Estes foram alguns exemplos de experiências internacionais em que o pagamento pela performance demonstrou funcionar, pois alcançou os resultados a que se proponha, nomeadamente, na melhoria da qualidade de vida e de cuidados nos utentes em LTC. Existem vários tipos de modelos de pagamento por resultados que podem ser adoptados nos CCI, contudo, qualquer que seja o modelo adoptado terá que ser implementado de uma forma cautelosa e mediante um estudo detalhado que explore todas as variáveis e especificidades envolvidas, com vista a uma avaliação do desempenho adequada aos CCI.

Conclusão

7. Conclusão

O trabalho consistiu num estudo de caso sobre a viabilidade económico-financeira do projecto da unidade de CCI de Longa Duração e Manutenção da Fundação COI, inserindo-se neste novo modelo de prestação de serviços, preconizado pela RNCCI.

O estudo teve início com a realização do enquadramento teórico sobre o estado da arte dos cuidados continuados em Portugal, conceptualizando-os, enquadrando-os e caracterizando a RNCCI, que se constitui como a resposta do SNS à crescente necessidade/pressão sentida pela sociedade actual (originada pelo: aumento do envelhecimento populacional; aumento da prevalência de doentes crónicos; alterações nas estruturas familiares e agravamento da capacidade financeira dos agregados familiares; e risco de insustentabilidade financeira) para a criação de estruturas que proporcionem uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde e de apoio social, que em simultâneo, seja prestada de uma forma mais eficiente, na utilização dos recursos escassos e mais eficaz nos resultados obtidos (ganhos em saúde).

Verifica-se que a RNCCI se encontra a ser implementada de uma forma consistente, registando resultados positivos desde a sua criação, contudo, ainda existe um caminho a percorrer até à sua completa implementação e funcionamento pleno de todas as suas tipologias de resposta.

Foram analisados os desafios futuros com que os CCI e a Rede se poderão deparar, nomeadamente em termos de sustentabilidade financeira, tendo-se constatado a existência de vários factores determinantes da procura e da oferta de CCI, que podem ter influência na evolução dos gastos públicos neste sector da saúde. Contudo, concluiu-se que a sustentabilidade do sistema passa pela implementação de medidas, tanto do lado da contenção de custos (tirar partido das economias de escala; utilizar tecnologias mais avançadas; preferir sempre que possível os cuidados domiciliários em detrimento dos institucionais; alterar o modelo de pagamento e de contratualização entre os stakeholders), como do lado da captação de receitas (criar formas alternativas e complementares de financiamento da Rede).

Foi também apresentada a ULDM, alvo do estudo de caso, nomeadamente, através de um enquadramento histórico e caracterização da Fundação COI, tendo sido descritas as características da tipologia de longa duração e manutenção, apresentando o projecto em termos da estrutura física e dos recursos humanos.

O trabalho centrou-se numa análise de viabilidade económico-financeira da construção de raiz de uma ULDM, na freguesia de Pinhal Novo, localizada no concelho de Palmela, zona esta do nosso país onde o envelhecimento populacional é elevado e onde se verificam carências ao nível de respostas adequadas, pelo que esta unidade poderá ajudar a colmatar esta necessidade.

Da análise económico-financeira realizada, conclui-se que a construção e exploração da ULDM é viável, tendo em conta que apresenta um resultado líquido positivo de 923,72€ em N+5 (5º ano após o início da actividade), sendo que do ponto de vista dos indicadores de avaliação e decisão de investimentos utilizados, o VAL da

ULDM é igual a 183.079,61€ e a TIR é igual a 19,43%, tendo um PRI de 4 anos e 7 meses, que se encontra dentro do período em análise.

Acerca da análise realizada sobre o risco e incerteza do projecto, perante os cenários de variações das variáveis gastos com pessoal, gastos com fornecimento e serviços externos e rendimentos obtidos, conclui-se que o projecto regista uma maior sensibilidade relativamente às variações da variável rendimento.

Perante um cenário de alteração da taxa de ocupação da unidade, conclui-se que uma taxa de ocupação inferior a 85% (menos de 33 camas efectivamente ocupadas), não é viável financeiramente.

Relativamente ao cenário de alteração do modelo de pagamento pelas quantidades por um modelo de pagamento por resultados, conclui-se que se se vier a verificar, poderá ser vantajoso, tanto para a ULDM como para a melhoria da autonomia física dos seus utentes (podendo alcançar ganhos em saúde superiores a 10%), revelando ser um importante instrumento por parte do pagador para incentivar à melhoria da eficiência e da eficácia do prestador.

No entanto, seria pertinente a realização de um estudo detalhado que explorasse todas as variáveis envolvidas, para uma correcta e justa avaliação do desempenho, com vista à criação de um modelo de pagamento por resultados adequado aos CCI.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, R. M. P.; DIAS, A. D.; CARVALHO, F. - SNS explicado: O novo sistema de normalização contabilística. Lisboa: ATF - Edições Técnicas, 2009.

ARAÚJO, M. I. - Planeamento e estudo de viabilidade económico-financeira da unidade de cirurgia ambulatória do Hospital de Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2007/2009 ministrado pela ENSP. UNL.

AZEVEDO, C.; FRANCO, R. C.; MENEZES, J. W. - Gestão de Organizações Sem Fins Lucrativos: O desafio da inovação social. Imoedições. Grupo Editorial Vida Económica, 2010

BARROS, C. - Decisões de investimento e financiamento de projectos. 3 Ed. Lisboa: Edições Silabo, 1995.

BRODSKY, J.; HABIB, J.; MIZRAHI, I. - Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review, Geneva, World Health Organization, 2000.

CEDRU - CENTRO DE ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL E URBANO – Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal: Relatório Final. Lisboa: Fundação Aga Khan, 2008. [Consultado em 25 de Abril de 2011]. Disponível em http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf

CHAN, P; KENNY, S. R. - National Consistency and provincial diversity in delivery of long-term in Canada. Journal of Aging & Social Policy 13(2/3): 83-99, 2001. [Consultado em 17 de Maio de 2011] Disponível em: <http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=6ToJRRKIGhoC&oi=fnd&pg=PA83&dq=National+consistency+and+provincial+diversity+in+delivery+of+long-term+care+in+Canada&ots=AWYq5XRaZA&sig=t-fOITLHwHtoCJ5TDyyixCR-zA>

CHASSIN, M.R.; GALVIN, R. W. - The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. Journal of the American Medical Association. 280(11):1000–1005, 1998. [Consultado em 6 de Fevereiro de 2011] Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/280/11/1000.full.pdf>

COMAS-HERRERA, A. [et al.] - European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. Editado por Adelina Comas-Herrera and Raphael Wittenberg. PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics, 2003. [Consultado em 30 de Julho de 2011]. Disponível em http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf

CONVENÇÃO COLECTIVA n. 15/2011. Boletim do Trabalho e do Emprego 78 (2011-04-22) 1207-1244 – Regula as relações de trabalho entre as IPSS representadas pela CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e os trabalhadores ao seu serviço.

COSTA, A. - Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Resumo executivo. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010. [Consultado em 18 de Maio de 2011]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf

DECRETO-LEI n.º 56/2006. D.R. Iª Série-A. 53 (2006-03-15) 1913-1915 - Altera a Forma de Distribuição dos Resultados Líquidos dos Jogos Sociais Explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. Iª Série-A. 109 (2006-06-06) 3856-3865 – Cria a RNCCI.

DECRETO REGULAMENTAR n.º25/2009. D.R. Iª Série. 178 (2009-09-14) 6270-6285 – Revisão do regime regulamentar das depreciações e amortizações, após aprovação do novo SNC – Sistema de Normalização Contabilística.

DELOITTE - Saúde em análise: Uma visão para o futuro. Lisboa, 2011. [Consultado em 8 de Junho de 2011] Disponível em: [https://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](https://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

DESPACHO n.º 19040/2006. D.R. IIª Série. 181 (2006-09-19) 19247-19248 - Define a Constituição, Organização e as Condições de Funcionamento das Equipas que Asseguram a Coordenação da Rede a Nível Regional e a Nível Local.

DESPACHO n.º 12082/2010. D.R. IIª Série. 144 (2010-07-27) 40154-40154 - Fixa o Valor Diário a Pagar pela Segurança Social, por Utente, às ULDM da RNCCI, pelos Encargos Decorrentes da Utilização de Fraldas.

DESPACHO NORMATIVO n.º 34/2007. D.R. IIª Série. 181 (2007-09-19) 27412-27414 - Define os termos e condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades da RNCCI.

DONABEDIAN, A. - Evaluating the quality of medical care. Te Milbank Memorial Fund Quarterly. 44:166–203, 1966. [Consultado em 2 de Janeiro de 2011] Disponível em: <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>

DUARTE, Y.; ANDRADE, C.; LEBRÃO, M. - O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41, pp. 317-325. [Consultado em 28 de Julho de 2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

ERS - ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. Entidade Reguladora da Saúde. Maio de 2011. [Consultado em 4 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio%20Cuidados%20Continuados.pdf>

EUROPE AND CENTRAL ASIA REGION. HUMAN DEVELOPMENT DEPARTMENT - Long-Term Care Policies for Older Populations in new EU Member States and Croatia: Challenges and Opportunities. A World Bank Study, 2010.

EUROPEAN COMMISSION - Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG.eu report: long-term care in the European Union. European Commission, 2008. [Consultado em 18 de Abril de 2011]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en>.

EUROPEAN COMMISSION - Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2010.

EVASHWICK, C. J. - The Continuum of Long-Term Care. 3rd ed. Thomson, 2005.

FEDER, J.; KOMISAR, H. L.; NIEFELD, M. - Long-term care in the United States: an overview. Health Affairs. 19 : 3 (2000) 40-56. [Consultado em 30 de Julho de 2011]. Disponível em <http://content.healthaffairs.org/content/19/3/40>

FUNDAÇÃO COI – Relatório, balanço e contas 2010, Fundação COI, 2011.

FUNDAÇÃO COI – Relatório de administração: Mandato de 2007 a 2010, Fundação COI, 2010.

GENWORTH - Cost of Care Survey: Home Care Providers, Adult Day Health Care Facilities, Assisted Living Facilities and Nursing Homes, 2011.

GIBSON, M. J. - International Perspectives on Long-Term Care. AARP Policy Institute, 2006.

GOVERNMENT OFFICES OF SWEDEN - Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008 – 2010, 2010.

LOPES, M. [et al.] - Cuidados continuados integrados em Portugal – Analisando o presente, perspectivando o futuro. Análise especializada, no âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010. [Consultado em 12 de Junho de 2011] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf

MENDES, S. – Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro, 2008. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado em Gerontologia ministrado pela Universidade de Aveiro.

MERLIS, M. - Long-Term Care Financing: Models and Issues. Study Panel on Long-Term Care, 2004. [Consultado em 06 de Agosto de 2011] Disponível em: www.nasi.org/usr_doc/Merlis_LongTerm_Care_Financing.pdf

MOLLOT, R. J.; RUDDER, C.; SAMJI, N. – An assessment of pay for performance for nursing homes with recommendations for policy makers. Long Term Care Community Coalition, 2008. [Consultado em 01 de Agosto de 2011] Disponível em: www.ltccc.org/publications/documents/LTCCCP4Preportfinal08.pdf

NOGUEIRA, J. M. A. - Cuidados continuados: Desafios. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, 2009. [Consultado em 23 de Abril de 2011] Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf

OPSS – OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE - Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: Relatório de primavera 2011. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. [Consultado em 17 de Julho de 2011] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

OECD - ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Long-term care for older people. Paris: The OECD Health Project. Organization for Economic Co-operation and Development, 2005. [Consultado em 12 de Fevereiro de 2011] Disponível em: www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf

PEREIRA, J. - Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos. Documento de trabalho 1/93 . 4ª Ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.

PORTARIA n.º 1087-A/2007. D.R. Iª Série. 171 (2007-09-05) 6320-(2) – 6320-(5) - Fixa os Preços dos Cuidados de Saúde e de Apoio Social Prestados nas Unidades de Internamento e Ambulatório da RNCCI, bem como as Condições Gerais para a Contratação no âmbito da RNCCI.

PORTARIA n.º 189/2008. D.R. Iª Série. 35 (2008-02-19) 1114-1115 - Altera a Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, que fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstos no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI. Revoga a Portaria n.º 994/2006, de 6 de Setembro.

PORTARIA n.º 376/2008. D.R. Iª Série. 99 (2008-05-23) 2917-2928 - Aprova o Regulamento da Atribuição de Apoios Financeiros pelas ARS, IP, a Pessoas Colectivas Privadas sem Fins Lucrativos, no âmbito da RNCCI, designado por Programa Modelar.

PORTARIA n.º 578/2009. D.R. Iª Série. 105 (2009-06-01) 3402-3422 - Altera o Regulamento do Programa Modelar, aprovado pela Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio

PORTARIA n.º 326/2010. D.R. I.ª Série. 115 (2010-06-16) 2069-2070 - Fixa os Preços dos Cuidados de Saúde e de Apoio Social Prestados nas Unidades de Internamento e Ambulatório da RNCCI, a Praticar no Ano de 2010.

PORTARIA n.º 106/2011. D.R. I.ª Série. 51 (2011-03-14) 1431-1435 – Aprova o Código de Contas para as Entidades do Sector não Lucrativo.

PORTARIA n.º 105/2011. D.R. I.ª Série. 51 (2011-03-14) 1425-1430 – Aprova o regime da normalização contabilística para as entidades do sector não lucrativo.

PRUDENTIAL RESEARCH REPORT - Long-Term Care Cost Study: Including consumer perceptions and cost trends by state and key metropolitan areas. The Prudential Insurance Company of America, 2010.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 168/2006. D.R. I.ª Série. 241 (2006-12-18) 8471-8473 - Cria uma Estrutura de Missão para os CCI.

SENIOR LIVING VALUATION SERVICES – The senior housing investment survey. San Francisco: Senior living valuation services. Vol. 17, 2011. [Consultado em 03 de Agosto de 2011] Disponível em: <http://www.slvsninc.com/Vol.17.2011.pdf>

SILVA, E. S.; QUEIRÓS, M. - Gestão financeira: Análise de investimentos. 2ª Ed. Porto: Vida Económica - Editorial, 2011.

SIMÕES, J.; BARROS, P. P.; PEREIRA, J. - Comissão para a sustentabilidade do financiamento do serviço nacional de saúde: relatório final. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, 2007 [Consultado em 1 de Fevereiro de 2011] Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Rel_Sustentabilidade_Financiamento_SNS.pdf

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Setembro de 2009. [Consultado em 19 de Abril de 2011]. Disponível em: http://www.mcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Modelo de referenciação de utentes – Rede nacional de cuidados continuados integrados. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Setembro de 2009. [Consultado em 15 de Janeiro de 2011]. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI_Setembro2009__corrigido.pdf

UMCCI – UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – Reserva de lugar em unidades de internamento da RNCCI. Ofício-Circular n.º 425 (18-07-2008). Unidade de Missão para os Cuidados

Continuados Integrados. Ministério da Saúde. [Consultado em 29 de Julho de 2011]. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Of425de18708-Reservadelugar.pdf>

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – Orientações de Perfis profissionais, presença efectiva e dotações diárias (mínimas), com base nos preços praticados por tipologia. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. [Consultado em 11 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Racios.pdf>

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – Políticas e estratégias da qualidade. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Março de 2009. [Consultado em 18 de Maio de 2011]. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009.pdf

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Rede nacional de cuidados continuados integrados: Glossário. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Abril de 2009. [Consultado em 22 de Maio de 2011]. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario_RNCCI.pdf

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2010. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Março de 2011. [Consultado em 20 de 2 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Lessons for long-term care policy. The cross-cluster initiative on long-term care. Geneva: World Health Organization, 2002. [Consultado em 16 de Janeiro de 2011] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf

Anexos

- **Anexo I - Memória Descritiva e Justificativa do Projecto da ULDM da Fundação COI**
- **Anexo II - Plantas, Cortes e Alçados do Projecto da ULDM da Fundação COI**
- **Anexo III - Imagens Foto-realistas do Projecto da ULDM da Fundação COI**
- **Anexo IV - Formulário de Candidatura da Fundação COI ao Programa Modelar**
- **Anexo V - Mapa Detalhado do Cálculo das Depreciações e Amortizações do Investimento**
- **Anexo VI - Cálculo Detalhado das Rubricas dos Gastos com Fornecimentos e Serviços Externos**

Anexo I

**Memória Descritiva e Justificativa do Projecto da ULDM da
Fundação COI**

PROGRAMA MODELAR

MEMÓRIA DESCRITIVA E JUSTIFICATIVA

Introdução

Refere-se a presente memória descritiva Licenciamento de um Projecto de Arquitectura, requerido por Fundação C.O.I. - Centro de Ocupação Infantil e implantado num terreno situado na Palhota, junta da Estrada Municipal 535, artº matricial nº 9079, na freguesia de Pinhal Novo, de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, no âmbito do Programa Modelar, para uma capacidade de cerca de 39 camas, sendo 14 quartos duplos e 11 quartos individuais.

O referido projecto têm por objectivo, não só respeitar as disposições e normas legais em vigor, nomeadamente o PDM do Concelho de Palmela e os Regulamentos nacionais para a edificação, como também atender, em particular a Portaria nº 376/2008 de 23 de Maio e a Portaria nº 578/2009 de 1/06, aplicáveis ambas ao tipo de uso da instalação em presença. Ainda foi tida em consideração a seguinte legislação:

- Dec-Lei nº 163/06 de 08/08, Acessibilidade para as pessoas com mobilidade condicionada;
- Dec-Lei nº 9/2007 de 16/01, Regulamento Geral do Ruído;
- Dec-Lei nº 243/86 de 20/08, Regulamento Geral de Higiene e Segurança no trabalho em estabelecimentos comerciais, de escritórios e serviços;
- Portaria nº 987/93 de 06/10, Prescrições mínimas de Segurança e de Saúde no trabalho;
- Dec-Lei nº 84/97 de 16/04, Princípios Gerais de Segurança, Higiene e saúde no trabalho;
- Dec-Lei nº 178/06 de 05/09, Gestão de Resíduos;
- Dec-Lei nº 500/99 de 19/11, Fixa os requisitos que as unidades de saúde de medicina física e de reabilitação devem observar quanto a instalações, organização e funcionamento;
- Dec-Lei nº 63/94 de 02/11, Estabelece os requisitos relativos a instalações, organização e funcionamento das unidades privadas de saúde;
- Aviso nº 1352/2002 (2ª Série), Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação;
- PERH – Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares.

Caracterização da implantação

Para além da legislação em vigor aplicável, importa referir o enquadramento nos instrumentos de gestão territorial e as restrições de utilidade pública no âmbito da servidão administrativa: o Plano Director Municipal e a classificação patrimonial.

O PDM classifica o referido lote em Tecido Urbano Consolidado (2/3) e Área de Expansão de Baixa Densidade (1/3).

Em termos Patrimoniais não existe qualquer referência de condicionantes.

O lote tem uma forma quase rectangular, com uma pendente Poente/Nascente de cerca de 2%. Anteriormente a sua utilização era predominantemente agrícola, aliás, como a maior parte dos lotes na sua envolvente. Nos últimos anos tem vindo a existir uma forte concentração de habitações, funcionando parte delas essencialmente como dormitórios de pessoas que trabalham nos arredores e procuram a calma e o sossego do sítio.

Por se tratar de um terreno em zona urbana consolidada tanto em termos viários como pelas edificações vizinhas, o novo equipamento enquadra-se perfeitamente nessa nova malha urbana que tem vindo a crescer. Pela sua localização, o equipamento social remata em "A" no lado Poente do lote, criando um jardim interior e desenvolvendo-se o estacionamento tanto no lado Poente como Sul. A necessidade de optar pela repartição do estacionamento deveu-se às condicionantes da morfologia do terreno por um lado e por outro cumprir com o PDM de Palmela. Tem acesso facilitado aos serviços de saúde (é servido pela Estrada Municipal 575), espaços verdes na proximidade assim como acesso a actividades lúdicas (existe uma quinta pedagógica pertence do requerente). É servido por uma boa rede de transportes públicos e de fácil acesso pedonal.

Trata-se de um local infra-estruturado quanto a electricidade, água, gás e telefone, o saneamento básico será colmatado através de uma ETAR. Tem boa salubridade e não tem nível freático elevado. Está afastado de zonas industriais poluentes, ruidosas ou insalubres e outras que, pela sua natureza, possam por em causa a integridade física ou psíquica dos utentes, nomeadamente:

- a) Não tem contacto visual directo, dos espaços frequentados pelos utentes com cemitérios;
- b) Não tem contacto visual com áreas pantanosas não protegidas;
- c) Não tem contacto visual com estabelecimentos qualificados como tóxicos ou perigosos;
- d) Não tem contacto visual com estabelecimentos qualificados como insalubres;
- e) Não tem contacto visual com fontes permanentes de ruído acima dos valores permitidos por lei assim como de vibrações;
- f) Não tem contacto visual com lixeiras;
- g) Não tem contacto visual com fontes permanentes de poeiras, gases ou maus cheiros;
- h) Não se encontra situado sob linhas aéreas de transporte de energia eléctrica de alta e média tensão, ou nas suas faixas de protecção;



Ortofotomapa do Lote¹

Acessos

O Acesso ao lote faz-se directamente pela Estrada Municipal 575, tendo-se optado em projecto aproveitar o caminho de serventia (lado Sul) que pertence ao terreno para aí fazer o acesso pedonal e rodoviário, desta forma facilita-se o normal trânsito da estrada principal, e, resguarda-se a entrada principal do equipamento.

A entrada do estacionamento Poente encontra-se à cota 39.40 e do estacionamento nascente à cota 37.20.

A de soleira do edifício encontra-se à cota 39.45, desenvolvendo-se num só piso.

Muros Periféricos

A delimitação do lote será efectuada a Norte, Poente, por um muro de suporte em betão com aproximadamente 2,00 m acima da cota do novo perfil do terreno, e acabamento pintado sobre reboco areado, do lado interior será plantado sebes, para minimizar o impacto visual da parede opaca. A Oeste e Sul será construído um muro misto de betão e tijolo de betão com uma altura de 0,60m e pilares com 2,00 m e entre eles será aplicado uma rede tipo "Carmo" para completar os 1,80 m de altura serão plantadas sebes para a médio prazo essa vegetação "absorver" completamente o perfilado metálico. A este será construído um muro misto com cerca de 1, 50m. A Sul (junto a área de quartos) resultante da morfologia do lote e do caminho de serventia, e, da necessidade de saída dos utentes dos quartos em caso de necessidade, será contruído um muro de contenção em betão, onde serão plantados sebes, com plantas e flores.

Pressupostos

Os indicadores privilegiados de projecto que, logo de início, se consideraram como pressupostos conceptuais, foram como se segue:

- a distribuição e articulação das diferentes funções do Programa;
- a orientação cardial;
- a organização volumétrica;
- a morfologia de concepção de todas as fachadas.
- a construção existente

Analisa-se, em detalhe, estes pressupostos. Assim, e como se pode compreender, o primeiro e o segundo estão enlaçados por mútuas dependências, em especial no que se refere à disposição dos serviços consoante o seu uso, que por condicionantes do terreno e do programa originou uma distribuição mais funcional e organizativo, expondo a Nascente e Poente (zona central) as áreas administrativas e de serviço/utilização comum, e, a Norte e Sul os quartos dos utentes. Tendo sempre em atenção, as melhores condições ambientais, procurando as melhores orientações cardiais, ou seja, as exposições a Sul, a Nascente e a Poente, embora tal não signifique o descuidar de outros procedimentos, nomeadamente as características morfológicas e construtivas da fenestração ou as especificações técnicas do tratamento das paredes.

Ainda no âmbito desta abordagem, por força do programa e vontade do requerente o projecto desenvolve-se num único piso, facilitando desta forma as acessibilidades, sejam de carácter nobre, sejam de serviço ou de emergência.

Abordando os outros pressupostos conceptuais do projecto, o da atitude a adoptar face à volumetria do edifício, a distribuição das funções do Programa por 3 corpos, mais 1 formando um pátio central, constituiu uma opção inicial. Mas nesta opção sobressai a decisão de procurar criar espaços interiores (mais intimistas, mais resguardados) e exteriores (combinação com a envolvente). Sendo um edifício de

um só piso,e, tendo em atenção a vontade do requerente em ter um edifício baseado na construção chamada de "Caramelo" (designação das construções típicas da região), procurou-se dar com os volumes das I.S. sobressaídos um ritmo contínuo, originando também, locais de ensombramento, consoante o desenvolvimento do Sol durante o dia. A protecção solar do edifício para além da protecção mecânica dos vãos como os estores térmicos e "brise soleil", será completada com uma intervenção paisagística no sentido de, revestir todos os muros de sebes de forma a passar a ter uma parede verde (a rede fica absorvida), de agradável valor plástico associado a uma vasta área sombreada resultante da plantação de novas árvores de folha permanente.

Nas quatro fachadas do pátio a atitude de composição foi outra; ao invés de uma animação volumétrica optou-se por um tratamento rítmico, bem mais relacionado com a vivência dos espaços exteriores e interiores, com vãos isolados e de proporções adequadas aos seus usos, permitindo assim uma total e correcta iluminação natural dos espaços.

A construção já existente serviu de âncora para a implantação do edifício, já que tendo sido recuperado pelo requerente funcionará como casa de "caseiro" ou de estadia para os clínicos de serviço. Assim a sua proximidade serviu de referência para a implantação do conjunto edificado, assim como as suas características morfológicas serviram de base para o desenvolvimento do projecto.



Imagem Fotorealista

Desenvolvimento

Face ao anteriormente exposto o projecto desenvolveu-se por áreas de utilização/serviço tendo em atenção o programa e o entendimento das diversas funcionalidades do equipamento pelo requerente. Assim temos:

• Área de Recepção/Área Administrativa

Encontra-se localizada no corpo central do lado Nascente, e, é composto por um átrio de recepção, pelas I.S de visitantes, constituídas por duas, divididas por sexo e mais uma para pessoas com mobilidade condicionada, recepção e área administrativa de apoio ao funcionamento burocrático do equipamento assim como de arquivo clínico. Este espaço dá acesso directo ao corredor Nascente, que funciona como espaço de distribuição para os diferentes serviços do edifício. A área Administrativa encontra-se neste momento em "Open Space" pelo facto de indefinição nesta fase, das necessidades do requerente, sendo que a compartimentação cumprirá a legislação em vigor tanto em termos de luz como salubridade. O material de compartimentação será em material de fácil remoção, sendo esta, constituído por paredes de gesso cartonado.

O bastidor por necessidade técnicas tem um compartimento próprio com ventilação e luz natural, permitirá que o técnico possa desenvolver o seu trabalho, no espaço sem entrar em conflito com o normal funcionamento da Unidade.

• Área de Convívio e Lazer

Encontra-se também no corpo central e tem diferentes acessos, nomeadamente através do corredor Nascente para entradas de visitas, e, pelos corredores Norte e Sul, conseguindo-se, desta forma uma total funcionalidade e facilidade de acesso por parte dos utentes, sem existir cruzamento de percursos. Este espaço beneficia ainda de grandes envidraçados de forma a aproveitar o espaço do pátio com área de jardim ao ar livre.

• Área de Refeições

Encontra-se localizada do lado Norte/Poente e é composta por uma área de serviço constituída por um átrio de entrada, que funciona como hall de distribuição de acesso ao compartimento de lixos; a copa com o equipamento necessário para a recepção e conferência de dietas assim como preparação de refeições ligeiras que tem acesso independente da entrada principal, zona de limpos (distribuição das refeições) e sujos (recepção da loiça suja); da despensa do dia para armazenamento de produtos de gastos diários; zona de refrigeração para conservação de produtos necessários para confecção. Este espaço tem acesso independente da entrada principal, funcionando assim como entrada de serviço, ainda permite o acesso directo dos colaboradores a sala de refeições. Pela zona de refeições que será equipada com uma zona de lavatórios junto a entrada da sala, pelo corredor Norte, para utilização dos utentes e das I.S. associadas, divididas por sexo. Neste conjunto optou-se por ter duas I.S de acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada, para cada sexo, facilitando desta forma a sua utilização por parte dos utentes.

• Área de Quartos e Higiene pessoal

Os quartos duplos e os quartos simples encontram-se em lados opostos, sendo que os primeiros têm acesso através do corredor Sul, e, os segundos através do corredor Norte. As dimensões dos corredores (2,20m de largar) asseguram o cruzamento de duas camas, e, o acesso aos quartos é feito através de "hall" que permite a correcta fluidez das circulações e uma entrada de quartos mais "resguardada". A dimensão das portas também cumpre com o especificado, tendo assim uma entrada livre de 1,15m, embora se tenha optado por ter em dois vãos para minimizar o peso das mesmas e facilitar o seu manuseamento por elementos de serviço e de apoio aos utentes. Os quartos permitem a inscrição de um círculo com um diâmetro de 1,50 de acesso a cama (Quarto individual) e a uma das camas (Quarto duplo). Estão garantidos os afastamentos recomendados entre parede/cama e entre camas no caso do quarto duplo, ambos têm 3,50m de largura. Todos os quartos serão equipados, junto das camas de tomadas para a rede de gases medicinais, para além do equipamento eléctrico. Os quartos em função da sua especificidade serão equipados com mobiliário adequado, assim como de um lavatório em inox c/ torneira de alavanca tipo hospitalar para uso dos auxiliares e clínicos do equipamento. Todos os quartos possuem uma IS privada de acessibilidade total, cumprindo com as dimensões regulamentares, e, o

equipamento sanitário recomendado, nomeadamente base de duche de pavimento com uma inclinação de 2%, barras de apoio em inox, lavatório com altura regulável, espelho fixo a 0,80m de altura do pavimento. O acesso ao compartimento é feito por porta de correr exterior da parede por questões de assepsia, e, não entram em conflito com a correcta circulação do utente. Os quartos possuem ainda uma iluminação, ventilação natural e mecânica, e, serão equipados por estores térmicos que permitirão o seu completo obscurecimento. Pelo interior o espaço será equipado com estores interiores de rolo tipo "Black-out" do lado da janela e ornamentais pelo lado do quarto.

A I.S. de banho assistido encontra-se do lado Norte e é composta por base de duche (recomendação da ARS de Lisboa), permitindo a livre circulação de colaboradores no apoio ao banho e fácil acesso por parte dos utentes em cadeira de rodas ou macas em três lados, o compartimento é ainda composto por lavatório regulável, sanita, bidé e base de duche em pavimento com inclinação de 2%, assim como as barras de apoio em aço inox.

• Área Médica e de Enfermagem

Encontra-se localizada no lado Sul/Nascente e é composta pelo posto de enfermagem, com zona de armazenagem e de preparação de medicação e zona de registo, a sua localização permite ter uma ligação visual à circulação da unidade através de um grande envidraçado; pela sala de observação/tratamentos equipada com equipamentos e mobiliário adequados para funcionar correctamente; e ainda pelo Gabinete Médico/de enfermagem que possui em armário uma zona de arrumação de material clínico. O acesso a estes serviços está garantido através da continuidade do corredor Sul, tendo as dimensões regulamentares para o cruzamento de duas camas se necessário.

• Área de medicina física e reabilitação

Encontra-se no corpo central Nascente, facilitando desta forma o acesso dos utentes, sendo equipado convenientemente para o desenvolvimento de actividades de reabilitação e ocupacionais. O seu acesso ao espaço é realizado pelo corredor Nascente e permite a entrada caso seja necessário de camas/macas para utentes acamados ou de locomoção condicionada.

• Terapia Ocupacional

Encontra-se também no corpo central na continuidade da área anterior, orientado pelo mesmo princípio da funcionalidade e é composto por: um compartimento para a realização de Electroterapias, com zona individualizada para tratamentos de parafina e parangange equipada com equipamento adequado para a função; Terapia da fala; e I.S. associadas divididas por sexo, em que cada compartimento possui uma I.S. de acesso para pessoas com mobilidade condicionada e equipada conforme regulamentação em vigor.

• Área de pessoal

Encontra-se localizada do lado Norte/Nascente e é composta por uma sala de trabalho multidisciplinar, onde se poderão realizar reuniões ou servir como área de pausa; por 2 vestiários divididos por sexo composto por zona de cacifos, base de duche e equipamento sanitário compartimentado por divisórias em fenólico e urinol no caso da dos homens;

• Área Logística

Esta área concentra-se predominantemente do lado Norte/Nascente, tendo tido como objectivo a concentração das zonas húmidas e essencialmente de serviço de apoio ao funcionamento do equipamento. É composto por: sala de desinfecção e lavagem de material clínico, e, é equipada com uma pia de lavagem; sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras equipada por uma pia de despejos, pia de lavagem e armário em inox para arrumos das mesmas; zona de equipamento de limpeza para arrumação do material e carro de limpeza, sendo esta equipada com pia de despejo e torneira; zona de material de consumos; a zona de arrumação da roupa limpa encontra-se no lado Sul/Nascente e está inserida num armário com acesso pelo corredor Sul; a zona de material clínico encontra-se em armário

no compartimento do Gabinete Médico/de enfermagem por se entender ser mais prático e funcional, já que são estes profissionais que irão lidar no dia-a-dia com estes produtos; a sala de sujos e despejos para a arrumação temporária de sacos de roupa suja e de resíduos de despejos encontra-se do lado Sul/Poente, esta opção foi para beneficiar da entrada independente da casa mortuária, e assim se consegue um escoamento fácil sem cruzar com a circulação dos utentes, está equipada com uma pia de despejos;

• Casa Mortuária

Encontra-se localizada do lado Sul/Poente e é constituída por um átrio de entrada com acesso independente do lado exterior devidamente compartimentado para desta forma evitar contactos directos por parte dos utentes dos movimentos do serviço; por uma sala para depósito temporário de cadáveres equipada com mobiliário e equipamento adequado para a função, assim como de uma I.S. de apoio com lavatório e sanita, este último equipamento embora não seja necessário em termos de legislação, foi colocado por interesse do requerente;

• Áreas Técnicas

Estas áreas técnicas encontram-se do lado Norte/nascente e independentes do edifício, funcionando de forma autónoma, e, de fácil acesso. É constituída pela: Bomba de Calor, espaço este de apoio aos futuros painéis solares que irão estar localizados em cima da cobertura conforme projecto da especialidade; Um compartimento para as unidades de ventilação de AVAC; dois compartimentos para as instalações de gases medicinais equipados com o material adequado para o seu correcto funcionamento; Um compartimento para o Hidropressor e um compartimento para o lixo Hospitalar. No mesmo seguimento temos o PT (Posto de transformação), e, o Grupo Electrogéneo, sendo que ambos os espaços terão acesso directo pelo exterior. Aproveitou-se o espaço entre estas duas últimas áreas técnicas e os restantes compartimentos para estacionamento coberto para uso privado do equipamento. Assim sendo estas áreas, acrescidas pelo estacionamento funcionarão numa única cobertura conjunta de 2 águas.

• Pátio Interior

É um espaço resultante da morfologia do edifício e tem como objectivo criar uma zona de jardim/espaço verde para o livre usufruto dos utentes, sempre que assim for possível. Para potencializar ao máximo a utilização deste espaço em estações mais amenas ou quentes. Será previsto uma "pérgola" ou alpendre totalmente enquadrado com os arranjos exteriores, criando assim uma área ensombrada. Este espaço ainda tem a função de enquadrar um poço existente no terreno, que será devidamente recuperado e sujeito às regras de seguranças em vigor;

• Estacionamento

Os espaços previstos para a localização do estacionamento resultaram por um lado das condicionantes da morfologia do lote e por outro para poder cumprir com o número de lugares previsto no PDM de Palmela. Sempre foi intenção no desenvolvimento do projecto que a parte mais próxima da estrada tivesse uma zona de estacionamento, já que assim permitiria criar um iato de protecção para o edifício, mas o elevado número daria a imagem errada de uma enorme parque de estacionamento de viaturas descaracterizando totalmente o equilíbrio formal do projecto. Assim a solução passou pelo fraccionamento e criar uma segunda área reservada, ficando esta quase imperceptível por quem passa pela Estrada Municipal;

Ventilação

Regra geral todos os espaços têm ventilação e iluminação natural, exceptuando algumas áreas técnicas e I.S. associadas. Em termos de ventilação estes últimos compartimentos serão ventilados por meios

mecânicos, e, os restantes em função do previsto pelo Projecto de Especialidade de forma a cumprir com a legislação em vigor.

Áreas

QUADRO DE ÁREAS			
Designação	m2	Unidade	
Área do Lote	6.481,76		
Cedência ao Domínio Público	39,00		
Área do Lote - Objecto de Intervenção	6.481,76		
Área de Implantação	6.442,76		
Edifício Principal	1.973,80		
Telheiros - Logradouro	53,00		
Anexo - Área Técnica	30,70		
Anexo - PT/Grupo Elect.	27,30		
Edifício Existente	45,50		
Área Bruta	2.650,30		
Edifício Principal			
Piso -1	643,45		
Piso 0	1.973,80		
Edifício Existente	33,05		
Arruamento/Circ. Rodoviário	1.095,05		
Estacionamento	563,00	42	
Coberto	48,00	4	
Área 1	141,00	11 (*)	
Área 2	374,00	27	
Circulação Pedonal	1.086,26		
Espaço Verde	1.568,15		
Número de Pisos			
Acima da cota de Soleira		1	
Abaixo da cota de soleira		1	
Área Permeável	1.919,95		
Área Impermeável	4.561,81		

(*) - Inclui 2 lug. p/ deficientes;

Materiais

• Exteriores

O revestimento exterior do alçado será em reboco fino pintado em branco, com o soco, cunhais e molduras de vãos em azul, caracterizando-o como presença mais rural e criando tecnicamente condições para uma melhor protecção térmica e hidrófuga das fachadas, o que se repercute em menores custos de manutenção. Todos os acabamentos aplicados serão ecologicamente limpos

Os pavimentos de circulação pedonal e de circulação rodoviária serão em blocos de betão do tipo Verdascas.

Os estacionamento a Este será em malha plástica sobre almofada de areia compactada, permitindo assim obter uma área permeável.

A cobertura do edifício será em telha portuguesa, tipo canelada com sub-telha para aumentar a resistência térmica da mesma e minimizar quaisquer infiltrações.

• Interiores

No interior os materiais de revestimento têm a mesma preocupação, usando-se pavimentos cerâmicos ou vinílicos em todas as áreas com excepção dos quartos. As paredes de todas as zonas comuns ou de circulação terão lambrins cerâmicos acima dos quais será usado estuque pintado.

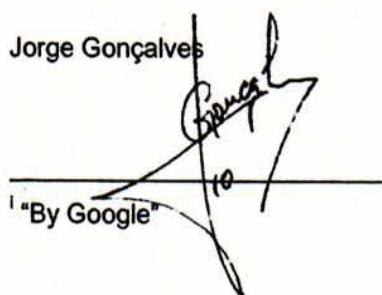
Os sanitários, com excepção dos tectos, serão inteiramente revestidos com materiais laváveis, cerâmicos ou não. Nos quartos os pavimentos serão em madeira.

Os tectos serão na maioria dos casos em estuque pintado, com excepção das salas de refeição e de actividades que poderão ser revestidos com materiais de correcção acústica.

Todos os compartimentos que existem no projecto e que não estão indicados no Programa Modelar surgirem no melhoramento das áreas funcionais, optimizando desta forma a oferta dos serviços prestados aos utentes.

O técnico

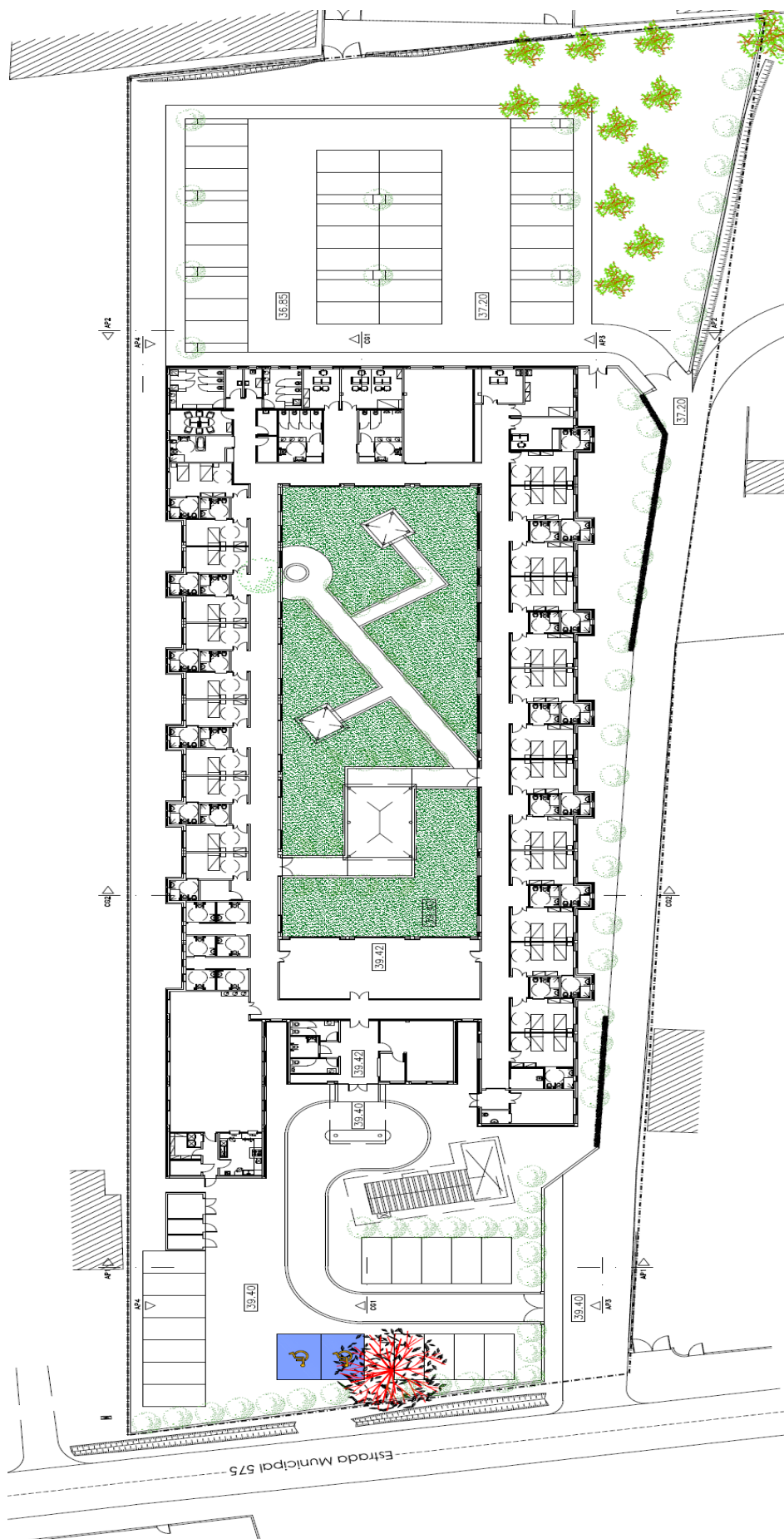
Jorge Gonçalves

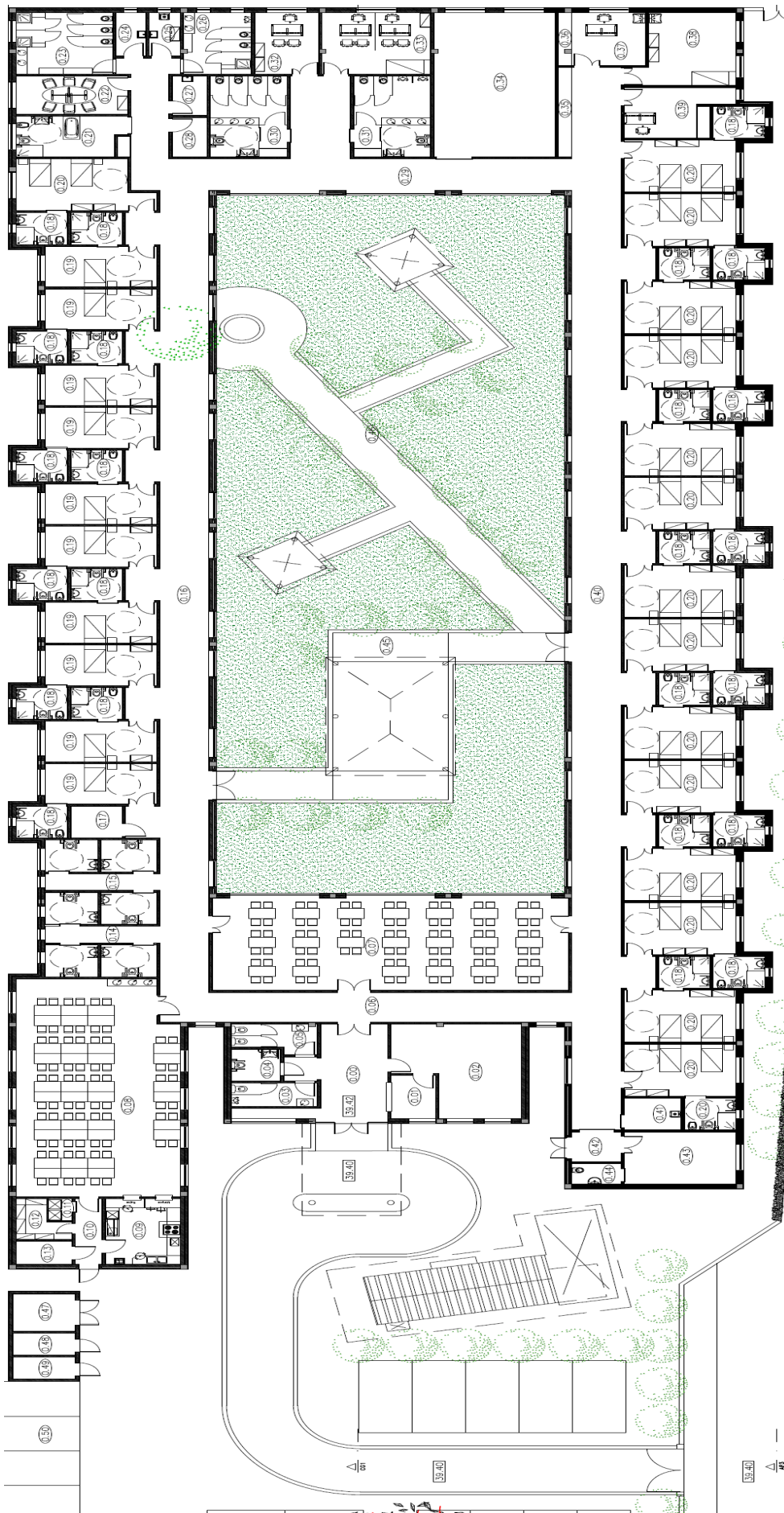


"By Google"

Anexo II

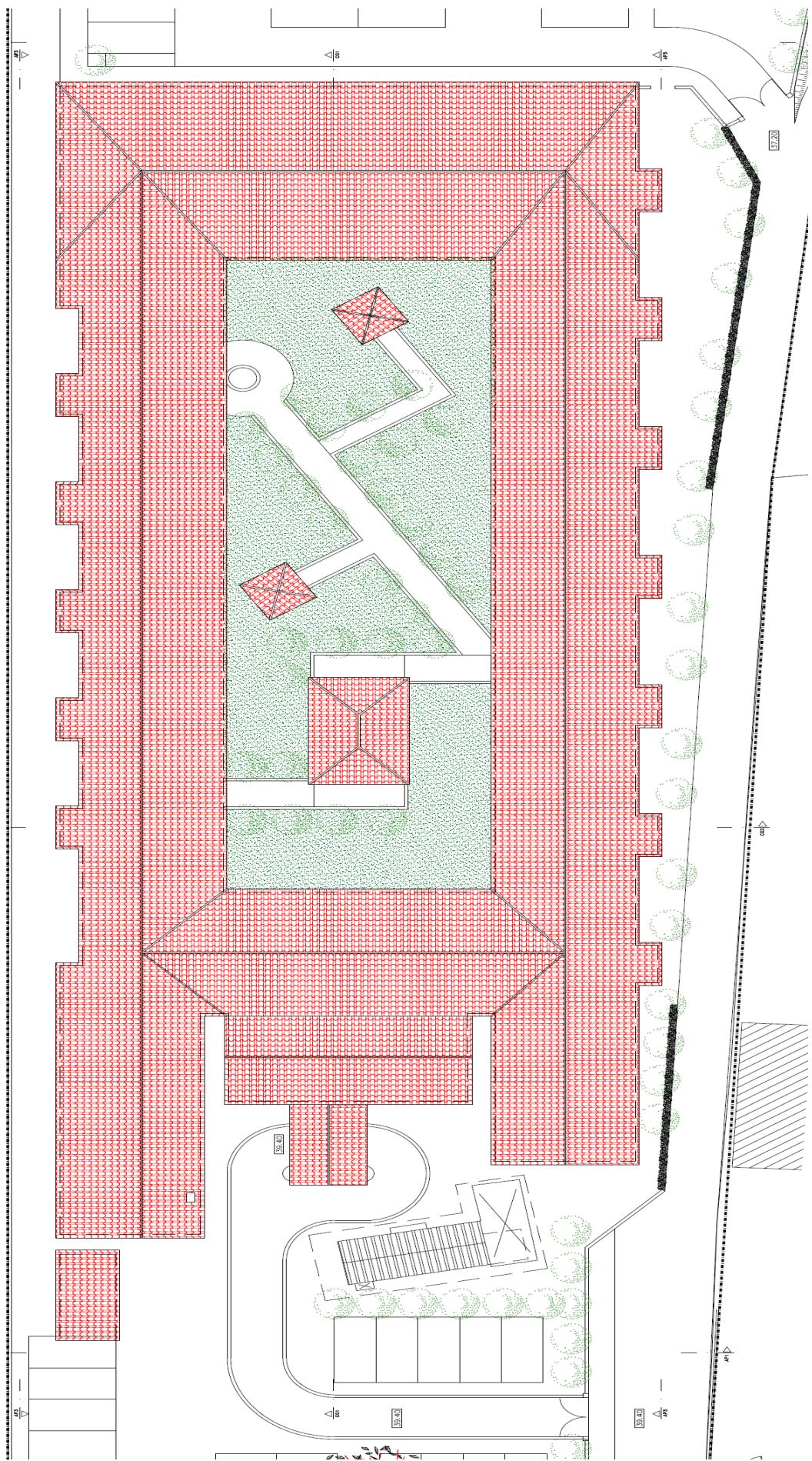
Plantas, Cortes e Alçados do Projecto da ULDM da Fundação COI

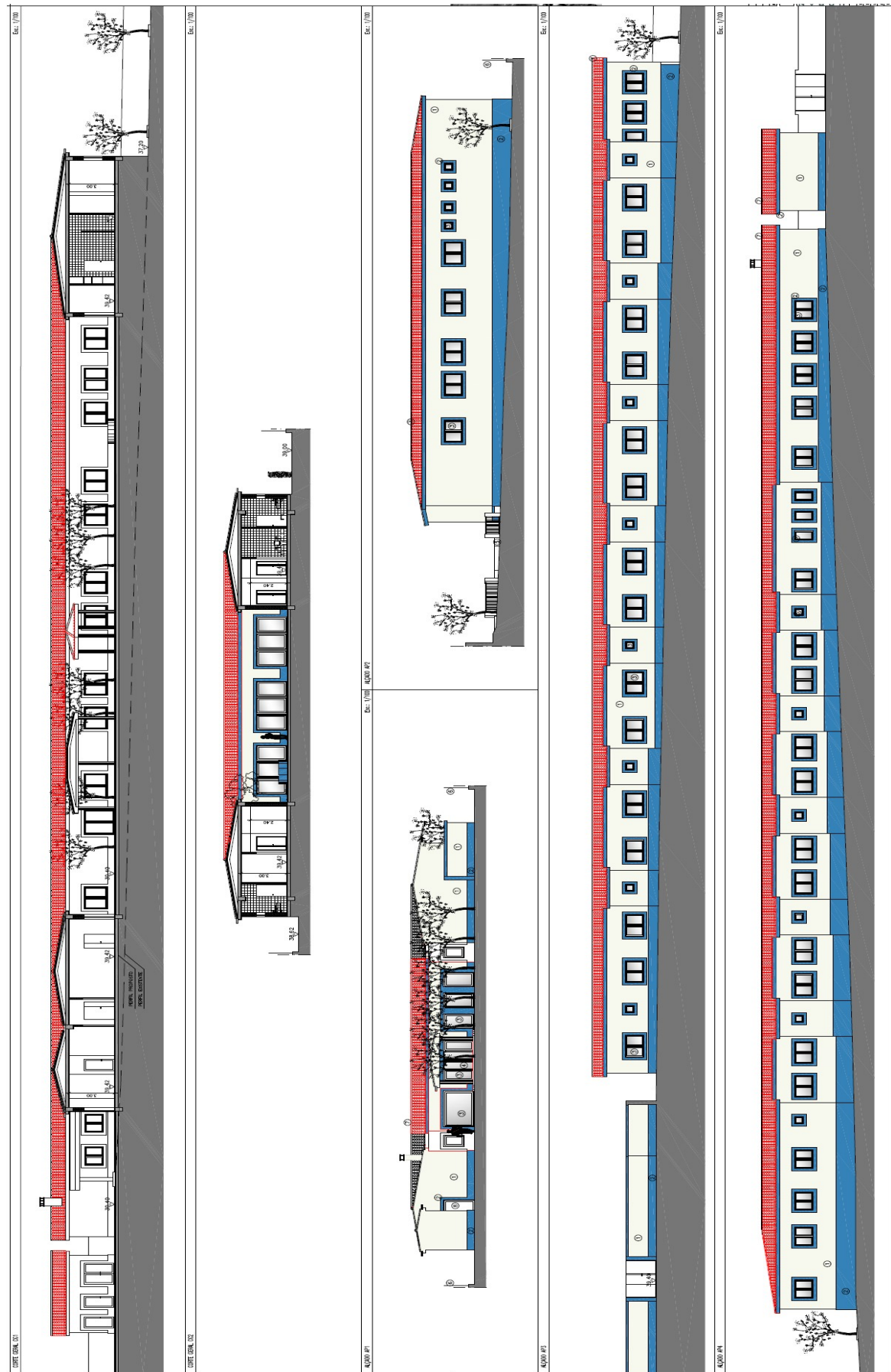




Codificação espaços:

0.00	ENTRADA	0.14	I.S. FEMININO	0.28	ZONA DE MATERIAL DE CONSUMO	0.42	ATRIO	0.50	ESTACIONAMENTO
0.01	ÁREA DE REFEIÇÕES	0.15	I.S. FEMININO	0.29	ZONA DE MATERIAL DE CONSUMO	0.43	ATRIO DE CADAVERES		
0.02	ÁREA ADMINISTRATIVA	0.16	CORREDOR NORTE	0.30	CORREDOR ASCENSIVE	0.44	I.S. FEMININO		
0.03	I.S. MASCULINO	0.17	CABELEIREIRO	0.31	I.S. FEMININO	0.45	ALPENDRE		
0.04	I.S. FEMININO	0.18	CABELEIREIRO	0.32	I.S. FEMININO	0.46	CALDEIRA/JARDIM		
0.05	I.S. FEMININO	0.19	QUARTO INDIVIDUAL	0.33	ELECTROTÉRAPIA	0.47	CALDEIRA		
0.06	CORREDOR POENTE	0.20	QUARTO DUPLO	0.34	GINÁSIO/FISIOTERAPIA	0.48	CENTRAL DE OXIGÉNIO		
0.07	SALA DE CONVÍVIO	0.21	BANHO ASSISTIDO	0.35	ROUPA LIMPA	0.49	CENTRAL DE ASPIRAÇÃO		
0.08	SALA DE REFEIÇÕES	0.22	BANHO ASSISTIDO	0.36	GABINETE MÉDICO				
0.09	COPA	0.23	I.S. VEST. FEMININO	0.37	SALA DE TRATAMENTOS/ OBSERVAÇÃO				
0.10	ATRIO SERVIÇO	0.24	SALA DE DESINFECÇÃO	0.38	SALA DE TRATAMENTOS/ OBSERVAÇÃO				
0.11	ATRIO SERVIÇO	0.25	SALA DE LAVAGEM E DESINFEC.	0.39	CORREDOR DE ENFERMAGEM				
0.12	DEPENSA DE DIA	0.26	SALA DE LAVAGEM E DESINFEC.	0.40	CORREDOR DE ENFERMAGEM				
0.13	LUXOS	0.27	ZONA DE EQUIPAMENTO DE LIMPEZA	0.41	SALA DE SUJOS E DESPEÇOS				





Anexo III

Imagens Foto-realistas do Projecto da ULDM da Fundação COI

Imagens fotorealistas



Vista Oeste



Vista Este

Imagens fotorealistas



Vista Oeste/Este



Vista Este - Estacionamento



Vista Quartos



Vista pateo interior



Vista entrada

Anexo IV

**Formulário de Candidatura da Fundação COI ao Programa
Modelar**



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social



Ministério da Saúde

PROGRAMA MODELAR

Formulário de Candidatura

Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de Setembro, e Portaria 578/2009, de 1 de Junho

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO a)

Data de entrada

Assinatura e Autenticação

Código do Processo

a) A preencher pela ARS

2 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA

A - Dados Gerais

Nome ou

Designação Social

FUNDAÇÃO COI

N.º de Identificação Fiscal

507411978

Morada (sede social)

AVENIDA ZECA AFONSO URB.º DOS MOCHOS

Localidade

PINHAL NOVO

Código Postal

2955

- 220

PINHAL NOVO

Concelho

PALMELA

Distrito

SETÚBAL

NUT II

LISBOA

NUT III

PENÍNSULA DE SETÚBAL

Telefone

212 362 302

Fax

212 387 741

Endereço Electrónico

fundacao@fundacao-coi.pt

Formas das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS):

Misericórdias

☐

Fundações

☒

Associações

☐

Outra

☐

Data de Constituição

27-12-2005

Actividade(s) económica(s):

CAE

88990

Designação

Outras actividades de apoio social, sem alojamento

%

100

B - Outros apoios financeiros públicos ao Investimento recebidos nos últimos 5 anos

Programa - Sistema	Data de Aprovação	Data de Conclusão	Investimento Realizado	Apoio recebido	Localização
MEDIDA 3.7 - Eixo 3 - PORLVT	10-07-2006	19-11-2008	1.123.705,34	927.026,19	PINHAL NOVO
PARES	15-11-2007	31-03-2010	1.383.924,65	448.800,00	PINHAL NOVO

Jose Cui
mm

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO	
A - Designação do Projecto	
SAÚDE EM REDE	
B - Tipo de Projecto	
a) Construção de raiz e ou construção de ampliação para tipologias da RNCCI, no caso de situações de lacuna destes serviços e para progressiva cobertura a nível nacional da RNCCI, de acordo com os requisitos das condições de instalação definidos nos programas funcionais constantes do anexo ao regulamento	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Construção de remodelação para tipologias da RNCCI, tendo em conta os requisitos das condições de instalação definidos nos programas funcionais constantes do anexo	<input type="checkbox"/>
c) Aquisição de equipamentos para melhorar as condições de funcionamento de unidades prestadoras de cuidados continuados integrados no âmbito da RNCCI	<input type="checkbox"/>
c1) Aquisição de equipamento relativo a unidades de internamento que já integram a RNCCI	<input type="checkbox"/>
c2) Aquisição de equipamento relativo a unidades de internamento que constem do plano de implementação	<input type="checkbox"/>
C - Tipo de Unidade	
	Número de lugares (camas)
a) Unidade de internamento de convalescença.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Unidade de internamento de reabilitação ou média duração	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Unidade de internamento de manutenção ou longa duração	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text" value="39"/>
d) Unidade de internamento de cuidados paliativos.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D - Calendarização Prevista	
Data Prevista de Início do Projecto	01.10.2009
Data Prevista de Conclusão do Projecto	31.12.2010
Data Prevista de entrada em funcionamento	01.01.2011
E - Localização do Projecto	
Morada	ESTRADA MUNICIPAL 575, PALHOTA
Localidade	PINHAL NOVO
Código Postal	2955 - PINHAL NOVO
Concelho	PALMELA
Distrito	SETÚBAL
NUT II	LISBOA
NUT III	PENÍNSULA DE SETÚBAL
F - Responsável do Projecto	
Nome	ENG. CARLOS MARQUES TALEÇO
Função	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Telefone	212 362 302
Fax	212387741
E-Mail	fundacao@fundacao-coi.pt

4 - CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO

Descrição sucinta do projecto e seus objectivos

Consta em anexo

5 - INVESTIMENTO E FINANCIAMENTO DO PROJECTO							
A - Plano de investimento							
Componentes de investimento		Anos			Investimento Total	Investimento Elegível	%
		2008	2009	2010 e seguintes			
1	Construção de raiz e/ou construção de ampliação			1.527.388,00	1.527.388,00	1.102.315,50	80,92%
2	Construção de remodelação				0,00	0,00	0,00%
3	Estudos e projectos		34.626,00	23.084,00	57.710,00	50.000,00	3,05%
4	Equipamentos e instrumentos médicos			244.323,00	244.323,00	114.465,80	12,94%
5	Equipamento informático e/ou de comunicação			9.007,00	9.007,00	9.007,00	0,48%
6	Equipamentos gerais incluindo mobiliário			49.117,95	49.117,95	26.416,20	2,60%
TOTAL		0,00	34.626,00	1.852.919,95	1.887.545,95	1.302.204,50	100,0%
B - Plano de financiamento							
Componentes de financiamento		Anos			Investimento Total	%	
		2008	2009	2010 e seguintes			
Autofinanciamento				637.545,95	637.545,95	33,78%	
Capitais Alheios					0,00	0,00%	
- Dívidas a Instituições de crédito		500.000,00			500.000,00	26,49%	
- Empréstimos de associados					0,00	0,00%	
- Fornecedores					0,00	0,00%	
- Locação Financeira					0,00	0,00%	
- Outros					0,00	0,00%	
Apoio Financeiro				750.000,00	750.000,00	39,73%	
TOTAL		500.000,00	0,00	1.387.545,95	1.887.545,95	100,00%	
C - Fundamentação das fontes de financiamento							
A Fundação COI já constituiu uma Conta Caucionada no valor de 500.000,00 €, por forma a assegurar a parte correspondente ao financiamento privado.							

D - Classificação dos investimentos

Descrição do Investimento	Montante do investimento total	Nome do fornecedor N.º Factura/Factura proforma /Orçamento	Calendário aquisição mês- ano	Componente do plano de investimento	Especificação dos Equipamentos Eligíveis
Construção de raiz de uma Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração	1.527.383,00	—	2009/10	1	EE
Projecto de Arquitectura	25.710,00	UrbanProject	2009/07	3	EE
Projecto de Especialidades	32.000,00	Engiplinhal	2009/10	3	EE
ROUPARIA					
8 Toalhas de Mesa	84,48	Socunha	2010/11	6	
4 Resguardo de Mesa	59,64	Socunha	2010/11	6	
6 Pegas	4,68	Socunha	2010/11	6	
4 Avental	11,80	Socunha	2010/11	6	
117 Lençóis (jogos)	994,50	Socunha	2010/11	6	
78 sacos para edredon	526,50	Socunha	2010/11	6	
78 Edredon	1.068,14	Socunha	2010/11	6	
78 Cobertor	852,54	Socunha	2010/11	6	
39 Colcha Decorativa	331,89	Socunha	2010/11	6	
39 Colcha em algodão	331,89	Socunha	2010/11	6	
117 Toalha de Banho	328,77	Socunha	2010/11	6	
117 Toalha de Rosto	167,31	Socunha	2010/11	6	
117 Toalha de Bide	56,16	Socunha	2010/11	6	
117 Toalha de Pés	133,38	Socunha	2010/11	6	
117 Resguardo de colchão	522,99	Socunha	2010/11	6	
EQUIP. HIGIENE E LIMPEZA					
75 Balde do lixo 5 lts c/ tampa e pedal	168,75	Algifa	2010/11	6	
67 Suporte para papel higiénico	681,39	Algifa	2010/11	6	
67 Piaçaba inox (pincel e box)	199,65	Algifa	2010/11	6	
3 Tapete antideslizante polibã	35,00	Algifa	2010/11	6	
LOUÇARIA					
50 Tabuleiros de refeição	122,00	Algifa	2010/11	6	
60 Pratos rasos inox	180,00	Algifa	2010/11	6	
60 Pratos de Sopa inox	180,00	Algifa	2010/11	6	
60 Pratos de Sobremesa inox	108,00	Algifa	2010/11	6	
60 Taças de sobremesa inox	88,80	Algifa	2010/11	6	
60 Garfos	14,70	Algifa	2010/11	6	
60 Facas	40,50	Algifa	2010/11	6	

Descrição do investimento	Montante do investimento total	Nome do fornecedor N.º Factura/Factura proforma /Orçamento	Calendário aquisição mês- ano	Componente do plano de investimento	Especificação dos Equipamentos Elegíveis
60 Colher de Sopa	14,70	Algifa	2010/11	6	
60 Colher de Sobremesa	14,10	Algifa	2010/11	6	
60 Copos de Água inox	127,20	Algifa	2010/11	6	
6 Jarros em inox	45,60	Algifa	2010/11	6	
2 Cafeteira grande	22,72	Algifa	2010/11	6	
2 Forma de Bolo	5,82	Algifa	2010/11	6	
6 Tabuleiro de inox	52,56	Algifa	2010/11	6	
6 Travessas inox	33,36	Algifa	2010/11	6	
6 Saladeiras	8,52	Algifa	2010/11	6	
8 Colher de arroz	26,24	Algifa	2010/11	6	
6 Passador	76,92	Algifa	2010/11	6	
3 Coador	28,98	Algifa	2010/11	6	
6 Escumadeira	16,80	Algifa	2010/11	6	
6 Concha da Sopa	19,68	Algifa	2010/11	6	
6 Tenaz de bolos	3,76	Algifa	2010/11	6	
6 Tenaz de salada	5,64	Algifa	2010/11	6	
4 Porta guardanapos	11,60	Algifa	2010/11	6	
4 Açucareiro	13,12	Algifa	2010/11	6	
4 Saleiro	5,92	Algifa	2010/11	6	
50 Pires e chávenas chá	87,84	Algifa	2010/11	6	
50 Pires e chávenas de café	82,00	Algifa	2010/11	6	
MOBILIÁRIO					
2 Viga 5 lugares, forrados a pele sintética	736,00	Disporsado	2010/11	6	EE
8 secretárias metálicas	2.016,00	Disporsado	2010/11	6	EE
11 cadeiras Cyrus rodadas	1.705,00	Disporsado	2010/11	6	EE
4 Armários de Arquivo metálicos	1.716,00	Disporsado	2010/11	6	EE
1 Ilha para 4 postos de trabalho	1.420,00	Disporsado	2010/11	6	EE
2 Sofás Modelo Viana de 3 lugares em Cuir	985,80	Disporsado	2010/11	6	EE
4 Poltronas Individuais em Cuir	828,80	Disporsado	2010/11	6	EE
6 mesas circulares com tampo termolaminado	1.098,00	Disporsado	2010/11	6	EE
62 Cadeiras de braços em faia maciça	7.514,00	Disporsado	2010/11	6	EE
2 Estantes em madeira de faia / portas de vidro	928,60	Disporsado	2010/11	6	EE
6 Mesas de actividades compostas por 3 módulos	2.193,00	Disporsado	2010/11	6	EE

Descrição do investimento	Montante do investimento total	Nome do fornecedor N.º Factura/Factura proforma /Orçamento	Calendário aquisição mês- ano	Componente do plano de investimento	Especificação dos Equipamentos Elegíveis
1 Louceiro de 2 portas	580,00	Disporsado	2010/11	6	EE
8 Armários metálicos portas de bater	3.040,00	Disporsado	2010/11	6	EE
2 Armários para medicamentos com portas de vidro	780,00	Disporsado	2010/11	6	EE
39 Armários com gavetas para guardar objectos pessoais	12.831,00	IKEA	2010/11	6	EE
EQUIP. AUDIOVISUAL					
11 Computadores	5.929,00	Disporsado	2010/11	5	EE
5 Impressoras	3.078,00	Disporsado	2010/11	5	EE
ELECTRODOMÉSTICOS					
1 Máquina café cápsulas	99,00	Disporsado	2010/11	6	
1 Frigorífico para Farmácia	875,00	Disporsado	2010/11	6	EE
1 Combinado com display de temperatura exterior	435,70	Disporsado	2010/11	6	
1 Microondas	94,90	Disporsado	2010/11	6	
2 TV Plasma	1.244,60	Disporsado	2010/11	6	
EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS MÉDICOS					
12 almofadas de posicionamento anti-escaras	840,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
10 sacos para pés anti-escaras	864,80	F.Bonet nº 507/2009	2010/11	4	EE
39 Almofadas travesseiros p/ cama hospitalar	1.033,50	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
6 Anderilhos 4 pés mod. Aliculado regulável altura	225,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
1 Martelo reflexos Buck	35,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
2 Aparelhos de TA Dupla função	160,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	
1 impressora c/ rolo para registo sinais vitais	306,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
1 estetoscópio 3M duplo para geriatria	116,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
1 Lanterna reflexos pupilares	45,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
2 termómetros de temp. ouvido-tímpano infra-vermelhos	76,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
1 Candeeiro rodado c/ articulado - Halogéneo	360,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	
10 Arrastadeiras em inox	499,84	F.Bonet nº 507/2009	2010/11	4	EE
1 Balança coluna c/ craveira plataforma analógica	298,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
20 Balde de Sujos c/ pedal e tampa em inox	780,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	
3 baldes para pensos c/ pedal	204,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	
4 Cadeiras para duche	740,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
20 Cadeiras de rodas	3.400,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
2 Cadeiras de rodas c/ sanitário	224,00	Medical Express	2010/11	4	EE
20 Cadeiras tipo poltrona de Quarto	6.100,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	
19 Maple fixo de um lugar forrado a napa vinícola	3.344,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	
39 Colchoes p/ camas quadrilpartidos	4.875,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE

Descrição do Investimento	Montante do Investimento total	Nome do fornecedor N.º Factura/Factura proforma /Orçamento	Calendário aquisição mês- ano	Componente do plano de Investimento	Especificação dos Equipamentos Elegíveis
2 carro rodado em inox para higiene de doentes	1.400,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
2 carros rodados para medicamentos unidos	1.230,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
40 passilheiro semanal 4 tomas	542,00	F.Bonet nº 507/2009	2010/11	4	EE
4 cortador de comprimidos	17,61	F.Bonet nº 507/2009	2010/11	4	EE
2 pinças para tubos de magill	14,00	Lidermédica nº21.2009	2010/11	4	EE
Equipamento para sala de desinfecção e Lavagem:					
1 Bancada com 2 cubas. Aço inox	3.071,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Tina de lavagem po U.S., 20 litros com cesto e lâmpa	4.171,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Pistola de ar e água (conjunto)	835,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Carro de apoio em inox	457,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Máquina de Lavar, desinfectar e secar, incluindo carro op e 4 tabuleiros em rede inox para ic	13.658,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
Equipamento p/ preparação e empacotamento:					
1 Bancada em Aço Inox	2.731,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Aparelho de 23 litros automático para desinfecção	6.703,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Carro de apoio em inox	457,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Máquina de selar com sistema de impressão de datas	4.572,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Dispensador de rolos de manga mista em aço inox	625,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
Equip. de Diagnóstico e apoio:					
1 carro de emergência com desfibrilhador, garrafa de O2, mascaras, laringoscópio, ressuscitador, portátil com suporte rodado	6.340,50	Hemoportugal	2010/11	4	EE
3 monitor de sinais vitais com SpO2, respiração e temperatura	9.420,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
2 monitor de sinais vitais com NIBP, SpO2	5.750,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Electrocardiografo de 12 canais	5.050,00	Hemoportugal	2010/11	4	
1 ventilador de suporte	4.910,00	Hemoportugal	2010/11	4	
3 aspirador de secreções portátil	5.199,00	Hemoportugal	2010/11	4	EE
1 Carro de urgência e Emerg. Médica cor vermelha c/ bolha de O2	2.350,00	LIDERMÉDICA Nº 22.009	2010/11	4	EE
TOTAL	1.887.545,95				

6 - RECURSOS HUMANOS

A - Criação de postos de trabalho

Área Funcional	N.º Postos de Trabalho	
	Existentes pré-candidatura	Postos de trabalho a criar
Administração / Direcção		
Técnica:		
Médicos		4
Enfermeiros		4*
Outros		6
Administrativa		2
Auxiliar		11
Outras		4
Total	0	31

* 8 serão contratados em regime de prestação de serviços

Distribuição dos postos de trabalho a criar

(*) Nível de Qualificação	Mulheres	Homens	Total
Nível I			0
Nível II			0
Nível III	3	1	4
Nível IV	10	3	13
Nível V	10	4	14
Outros			0
Total	23	8	31

(*) Níveis identificados na decisão n.º 85/368/CEE de Julho de 1985

Nível I	Escolaridade obrigatória e iniciação profissional (incluindo, nomeadamente a aprendizagem)
Nível III	Escolaridade obrigatória e/ou formação profissional e formação técnica complementar ou formação técnica escolar ou outra de nível secundário
Nível IV	Formação secundária (geral ou profissional) e formação técnica pós-secundária
Nível V	Formação secundária (geral ou profissional) e formação superior completa
Outros	Outros, não incluídos nos anteriores níveis

II

7 - COMPROMISSO E CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA

Declaro que, a entidade beneficiária:

- 1- Está regularmente constituída e, quando sujeita a registo, está devidamente registada;
- 2 - Detém idoneidade, capacidade organizativa, técnica e financeira, bem como meios materiais, técnicos, humanos e financeiros para desenvolver o projecto candidato;
- 3 - Possui a situação regularizada face à segurança social e à administração fiscal;
- 4 - Possui contabilidade organizada e tem a situação regularizada em matéria de obrigações contabilísticas;
- 5 - Possui capacidade financeira para suportar o financiamento privado, assumindo o compromisso de assegurar o montante de investimento elegível não participado e de investimento não elegível;
- 6 - Irá cumprir as regras de transparência e de concorrência, de acordo com a legislação aplicável para aquisição de bens e serviços, bem como para a execução de obras e empreitadas;
- 7 - É proprietária do terreno ou do edifício a intervencionar ou detentora de qualquer outro título bastante que permita afectar edificações, instalações e equipamentos objecto do financiamento previsto no regulamento pelo período mínimo de três, cinco ou oito anos consante o apoio financeiro ascenda a € 100.000, € 400.000 ou € 750.000, respectivamente, em regime de permanência e exclusividade;
- 8 - Irá afectar, obrigatoriamente, em regime de permanência e exclusividade, as edificações construídas e as instalações realizadas por atribuição do presente apoio financeiro aos fins e objectivos propostos, por um período mínimo de três, cinco ou oito anos consante o apoio financeiro ascenda a € 100.000, € 400.000 ou € 750.000, respectivamente;
- 9 - Irá iniciar o investimento no prazo máximo de 4 meses após a realização do contrato de concessão de apoio financeiro;
- 10 - Não obteve qualquer outro financiamento comunitário ou nacional para as despesas relativas ao projecto candidato.

A entidade beneficiária deste projecto declara que são verdadeiras todas as informações e reafirma os compromissos constantes no presente formulário de candidatura. A entidade declara, ainda, que tem conhecimento da legislação aplicável.

Assinatura e Garimbo (*)

Data

18-05-2010

(*) Assinatura de quem tenha poderes para obrigar a entidade e competências para o acto.

Anexo V

Mapa Detalhado do Cálculo das Depreciações e Amortizações do Investimento

MAPA DETALHADO DO CÁLCULO DE DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES DO INVESTIMENTO

Activo Fixo Tangível	V.R.	Taxa anual quotas constantes (%)	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Edifício afecto a serviços de saúde	1.527.388,00 €	5,00%	76.369,40 €	76.369,40 €	76.369,40 €	76.369,40 €	76.369,40 €
Equipamentos							
Rouparia							
8 Toalhas de Mesa	84,48 €	50,00%	42,24 €	42,24 €			
4 Resguardo de Mesa	59,64 €	50,00%	29,82 €	29,82 €			
6 Pegas	4,68 €	50,00%	2,34 €	2,34 €			
4 Avental	11,80 €	50,00%	5,90 €	5,90 €			
117 Lençóis (jogos)	994,50 €	50,00%	497,25 €	497,25 €			
78 sacos para edredão	526,50 €	50,00%	263,25 €	263,25 €			
78 Edredão	1.068,14 €	25,00%	267,04 €	267,04 €	267,04 €	267,04 €	
78 Cobertor	852,54 €	25,00%	213,14 €	213,14 €	213,14 €	213,14 €	
39 Colcha Decorativa	331,89 €	25,00%	82,97 €	82,97 €	82,97 €	82,97 €	
39 Colcha em algodão	331,89 €	25,00%	82,97 €	82,97 €	82,97 €	82,97 €	
117 Toalha de Banho	328,77 €	50,00%	164,39 €	164,39 €			
117 Toalha de Rosto	167,31 €	50,00%	83,66 €	83,66 €			
117 Toalha de Bidé	56,16 €	50,00%	28,08 €	28,08 €			
117 Toalha de Pés	133,38 €	50,00%	66,69 €	66,69 €			
117 Resguardo de colchão	522,99 €	50,00%	261,50 €	261,50 €			
Higiene e Limpeza							
75 Balde do lixo 5 lts c/ tampa e pedal	168,75 €	12,50%	21,09 €	21,09 €	21,09 €	21,09 €	21,09 €
67 Suporte para papel higiénico	681,39 €	12,50%	85,17 €	85,17 €	85,17 €	85,17 €	85,17 €
67 Piaçaba inox (pincel e box)	199,66 €	12,50%	24,96 €	24,96 €	24,96 €	24,96 €	24,96 €
3 Tapete antideslizante polibã	35,00 €	12,50%	4,38 €	4,38 €	4,38 €	4,38 €	4,38 €
Louçaria							
50 Tabuleiros de refeição	122,00 €	25,00%	30,50 €	30,50 €	30,50 €	30,50 €	
60 Pratos rasos inox	180,00 €	25,00%	45,00 €	45,00 €	45,00 €	45,00 €	
60 Pratos de Sopa inox	180,00 €	25,00%	45,00 €	45,00 €	45,00 €	45,00 €	
60 Pratos de Sobremesa inox	108,00 €	25,00%	27,00 €	27,00 €	27,00 €	27,00 €	
60 Taças de sobremesa inox	88,80 €	25,00%	22,20 €	22,20 €	22,20 €	22,20 €	
60 Garfos	14,70 €	25,00%	3,68 €	3,68 €	3,68 €	3,68 €	
60 Facas	40,50 €	25,00%	10,13 €	10,13 €	10,13 €	10,13 €	
60 Colher de Sopa	14,70 €	25,00%	3,68 €	3,68 €	3,68 €	3,68 €	
60 Colher de Sobremesa	14,10 €	25,00%	3,53 €	3,53 €	3,53 €	3,53 €	
60 Copos de Água inox	127,20 €	25,00%	31,80 €	31,80 €	31,80 €	31,80 €	
6 Jarros em inox	45,60 €	25,00%	11,40 €	11,40 €	11,40 €	11,40 €	
2 Cafeteira grande	22,72 €	25,00%	5,68 €	5,68 €	5,68 €	5,68 €	
2 Forma de Bolo	5,82 €	25,00%	1,46 €	1,46 €	1,46 €	1,46 €	
6 Tabuleiro de inox	52,56 €	25,00%	13,14 €	13,14 €	13,14 €	13,14 €	
6 Travessas inox	33,36 €	25,00%	8,34 €	8,34 €	8,34 €	8,34 €	
8 Colher de arroz	26,24 €	25,00%	6,56 €	6,56 €	6,56 €	6,56 €	
6 Passador	76,92 €	25,00%	19,23 €	19,23 €	19,23 €	19,23 €	
3 Coador	28,98 €	25,00%	7,25 €	7,25 €	7,25 €	7,25 €	
6 Escumadeira	16,80 €	25,00%	4,20 €	4,20 €	4,20 €	4,20 €	
6 Concha da Sopa	19,68 €	25,00%	4,92 €	4,92 €	4,92 €	4,92 €	
6 Tenaz de bolos	3,76 €	25,00%	0,94 €	0,94 €	0,94 €	0,94 €	
6 Tenaz de salada	5,64 €	25,00%	1,41 €	1,41 €	1,41 €	1,41 €	
4 Porta guardanapos	11,60 €	25,00%	2,90 €	2,90 €	2,90 €	2,90 €	
4 Açucareiro	13,12 €	25,00%	3,28 €	3,28 €	3,28 €	3,28 €	
4 Saleiro	5,92 €	25,00%	1,48 €	1,48 €	1,48 €	1,48 €	
6 Saladeiras	8,52 €	33,33%	2,84 €	2,84 €	2,84 €		
50 Pires e chávenas chá	87,84 €	33,33%	29,28 €	29,28 €	29,28 €		
50 Pires e chávenas de café	82,00 €	33,33%	27,33 €	27,33 €	27,33 €		
Mobiliário							
2 Viga 5 lugares, forrados a pele sintética	736,00 €	12,50%	92,00 €	92,00 €	92,00 €	92,00 €	92,00 €
8 secretárias metálicas	2.016,00 €	12,50%	252,00 €	252,00 €	252,00 €	252,00 €	252,00 €
11 cadeiras Cyrus rodadas	1.705,00 €	12,50%	213,13 €	213,13 €	213,13 €	213,13 €	213,13 €
4 Armários de Arquivo metálicos	1.716,00 €	12,50%	214,50 €	214,50 €	214,50 €	214,50 €	214,50 €
1 Ilha para 4 postos de trabalho	1.420,00 €	12,50%	177,50 €	177,50 €	177,50 €	177,50 €	177,50 €
2 Sofás Modelo Viana de 3 lugares em Cuir	985,80 €	12,50%	123,23 €	123,23 €	123,23 €	123,23 €	123,23 €
4 Poltronas Individuais em Cuir	828,80 €	12,50%	103,60 €	103,60 €	103,60 €	103,60 €	103,60 €
6 mesas circulares com tampo termo-laminado	1.098,00 €	12,50%	137,25 €	137,25 €	137,25 €	137,25 €	137,25 €
62 Cadeiras de braços em faixa maciça	7.514,00 €	12,50%	939,25 €	939,25 €	939,25 €	939,25 €	939,25 €
2 Estantes em madeira de faia / portas de vidro	928,60 €	12,50%	116,08 €	116,08 €	116,08 €	116,08 €	116,08 €
5 Mesas de actividades compostas por 3 módulos	2.193,00 €	12,50%	274,13 €	274,13 €	274,13 €	274,13 €	274,13 €
1 Louceiro de 2 portas	580,00 €	12,50%	72,50 €	72,50 €	72,50 €	72,50 €	72,50 €
8 Armários metálicos portas de bater	3.040,00 €	12,50%	380,00 €	380,00 €	380,00 €	380,00 €	380,00 €

Activo Fixo Tangível	V.R.	Taxa anual quotas constantes (%)	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
2 Armários para medicamentos com portas de vidro	780,00 €	12,50%	97,50 €	97,50 €	97,50 €	97,50 €	97,50 €
39 Armários com gavetas para guardar objectos pessoais	12.831,00 €	12,50%	1.603,88 €	1.603,88 €	1.603,88 €	1.603,88 €	1.603,88 €
Audiovisual							
11 Computadores	5.929,00 €	33,33%	1.976,14 €	1.976,14 €	1.976,14 €		
5 Impressoras	3.078,00 €	20,00%	615,60 €	615,60 €	615,60 €	615,60 €	615,60 €
Electrodomésticos							
1 Máquina café cápsulas	99,00 €	14,28%	14,14 €	14,14 €	14,14 €	14,14 €	14,14 €
1 Frigorífico para Farmácia	875,00 €	14,28%	124,95 €	124,95 €	124,95 €	124,95 €	124,95 €
1 Combinado com display de temperatura exterior	435,70 €	14,28%	62,22 €	62,22 €	62,22 €	62,22 €	62,22 €
1 Microondas	94,90 €	14,28%	13,55 €	13,55 €	13,55 €	13,55 €	13,55 €
2 TV Plasma	1.244,60 €	14,28%	177,73 €	177,73 €	177,73 €	177,73 €	177,73 €
Equipamentos e Instrumentos Médicos							
12 almofadas de posicionamento anti-escaras	840,00 €	14,28%	119,95 €	119,95 €	119,95 €	119,95 €	119,95 €
10 sacos para pés anti-escaras	864,80 €	14,28%	123,49 €	123,49 €	123,49 €	123,49 €	123,49 €
39 Almofadas travesseiros p/ cama hospitalar	1.033,50 €	14,28%	147,58 €	147,58 €	147,58 €	147,58 €	147,58 €
6 Andarilhos 4 pés mod. Alticulado regulável altura	225,00 €	14,28%	32,13 €	32,13 €	32,13 €	32,13 €	32,13 €
1 Martelo reflexos Buck	35,00 €	14,28%	5,00 €	5,00 €	5,00 €	5,00 €	5,00 €
2 Aparelhos de TA Dupla função	160,00 €	14,28%	22,85 €	22,85 €	22,85 €	22,85 €	22,85 €
1 impressora c/ rolo para registo sinais vitais	306,00 €	14,28%	43,70 €	43,70 €	43,70 €	43,70 €	43,70 €
1 estetoscópio 3M duplo para geriatria	116,00 €	14,28%	16,56 €	16,56 €	16,56 €	16,56 €	16,56 €
1 Lanterna reflexos pupilares	45,00 €	14,28%	6,43 €	6,43 €	6,43 €	6,43 €	6,43 €
2 termómetros de temp.ouvido-tímpano infra-vermelhos	76,00 €	14,28%	10,85 €	10,85 €	10,85 €	10,85 €	10,85 €
1 Candeeiro rodado c/ articulado - Halogéneo	360,00 €	14,28%	51,41 €	51,41 €	51,41 €	51,41 €	51,41 €
10 Arrastadeiras em inox	499,84 €	14,28%	71,38 €	71,38 €	71,38 €	71,38 €	71,38 €
1 Balança coluna c/ craveira plataforma analógica	298,00 €	14,28%	42,55 €	42,55 €	42,55 €	42,55 €	42,55 €
20 Balde de Sujos c/ pedal e tampa em inox	780,00 €	14,28%	111,38 €	111,38 €	111,38 €	111,38 €	111,38 €
3 baldes para pensos c/ pedal	204,00 €	14,28%	29,13 €	29,13 €	29,13 €	29,13 €	29,13 €
4 Cadeiras para duche	740,00 €	14,28%	105,67 €	105,67 €	105,67 €	105,67 €	105,67 €
20 Cadeiras de rodas	3.400,00 €	14,28%	485,52 €	485,52 €	485,52 €	485,52 €	485,52 €
2 Cadeiras de rodas c/ sanitário	224,00 €	14,28%	31,99 €	31,99 €	31,99 €	31,99 €	31,99 €
20 Cadeiras tipo poltrona de Quarto	6.100,00 €	14,28%	871,08 €	871,08 €	871,08 €	871,08 €	871,08 €
19 Maple fixo de um lugar forrado a napa vinícola	3.344,00 €	14,28%	477,52 €	477,52 €	477,52 €	477,52 €	477,52 €
39 Colchoes p/ camas quadripartidos	4.875,00 €	14,28%	696,15 €	696,15 €	696,15 €	696,15 €	696,15 €
39 colchões anti-escaras	14.235,00 €	14,28%	2.032,76 €	2.032,76 €	2.032,76 €	2.032,76 €	2.032,76 €
39 Trapézios pendão com pega	2.652,00 €	14,28%	378,71 €	378,71 €	378,71 €	378,71 €	378,71 €
39 Camas articuladas eléctricas com grades	52.065,00 €	14,28%	7.434,88 €	7.434,88 €	7.434,88 €	7.434,88 €	7.434,88 €
39 suporte infusão soro inox	468,00 €	14,28%	66,83 €	66,83 €	66,83 €	66,83 €	66,83 €
39 suportes para saco de urina aço inox	1.150,50 €	14,28%	164,29 €	164,29 €	164,29 €	164,29 €	164,29 €
5 suportes de soro rodados em aço inox	390,00 €	14,28%	55,69 €	55,69 €	55,69 €	55,69 €	55,69 €
20 suportes de frasco urinol	330,00 €	14,28%	47,12 €	47,12 €	47,12 €	47,12 €	47,12 €
10 cunhas de posicionamento	610,00 €	14,28%	87,11 €	87,11 €	87,11 €	87,11 €	87,11 €
6 degraus	672,00 €	14,28%	95,96 €	95,96 €	95,96 €	95,96 €	95,96 €
10 Biombo aço inox triplos e rodados	2.260,00 €	14,28%	322,73 €	322,73 €	322,73 €	322,73 €	322,73 €
2 Elevadores de doentes + Ionas	2.132,99 €	14,28%	304,59 €	304,59 €	304,59 €	304,59 €	304,59 €
39 mesas de cabeceira com tabuleiro de refeição	20.475,00 €	14,28%	2.923,83 €	2.923,83 €	2.923,83 €	2.923,83 €	2.923,83 €
6 mesas versátil regulável para refeição	420,00 €	14,28%	59,98 €	59,98 €	59,98 €	59,98 €	59,98 €
10 canadianas	130,00 €	14,28%	18,56 €	18,56 €	18,56 €	18,56 €	18,56 €
6 transferes	835,00 €	14,28%	119,24 €	119,24 €	119,24 €	119,24 €	119,24 €
1 Aparelho de calor húmido para 12 compressas	1.325,00 €	14,28%	189,21 €	189,21 €	189,21 €	189,21 €	189,21 €
1 Aparelho de parafina para membros inferiores com esterilização e suporte rodado	3.995,00 €	14,28%	570,49 €	570,49 €	570,49 €	570,49 €	570,49 €
2 Mesa rodada p/ aparelhos – Aspirador+nebulizador	330,00 €	14,28%	47,12 €	47,12 €	47,12 €	47,12 €	47,12 €
5 bicicletas estática com controlo de frequência cardíaca	1.495,00 €	14,28%	213,49 €	213,49 €	213,49 €	213,49 €	213,49 €
2 conjuntos de barras paralelas	3.800,00 €	14,28%	542,64 €	542,64 €	542,64 €	542,64 €	542,64 €
20 conjuntos de alteres/pesos	780,00 €	14,28%	111,38 €	111,38 €	111,38 €	111,38 €	111,38 €
10 conjuntos de bolas de diferentes texturas	351,50 €	14,28%	50,19 €	50,19 €	50,19 €	50,19 €	50,19 €
1 escada com rampa	1.352,00 €	14,28%	193,07 €	193,07 €	193,07 €	193,07 €	193,07 €
2 espelhos rodados de 200 x 60	765,00 €	14,28%	109,24 €	109,24 €	109,24 €	109,24 €	109,24 €
5 goniómetros de vários tamanhos	157,50 €	14,28%	22,49 €	22,49 €	22,49 €	22,49 €	22,49 €
5 jogos de coordenação motora	446,25 €	14,28%	63,72 €	63,72 €	63,72 €	63,72 €	63,72 €
4 mesas de trabalho manual para AVD's	6.680,00 €	14,28%	953,90 €	953,90 €	953,90 €	953,90 €	953,90 €
5 mesas elevadas tipo Bobath	11.250,00 €	14,28%	1.606,50 €	1.606,50 €	1.606,50 €	1.606,50 €	1.606,50 €
2 nebulizadores aerosolterapia ultrasonic – OMRON	1.930,00 €	14,28%	275,60 €	275,60 €	275,60 €	275,60 €	275,60 €
5 pares de canadianas de 1kgs	58,50 €	14,28%	8,35 €	8,35 €	8,35 €	8,35 €	8,35 €

Activo Fixo Tangível	V.R.	Taxa anual quotas constantes (%)	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
5 pares de canadianas de 2kgs	58,50 €	14,28%	8,35 €	8,35 €	8,35 €	8,35 €	8,35 €
5 pares de canadianas de 3 kgs	58,50 €	14,28%	8,35 €	8,35 €	8,35 €	8,35 €	8,35 €
6 Bengalas canadianas, telescópicas c/ punho macio	48,00 €	14,28%	6,85 €	6,85 €	6,85 €	6,85 €	6,85 €
6 talas de Margareth Johnson (membro inferior)	452,21 €	14,28%	64,58 €	64,58 €	64,58 €	64,58 €	64,58 €
6 talas de Margareth Johnson (membro superior)	279,30 €	14,28%	39,88 €	39,88 €	39,88 €	39,88 €	39,88 €
20 Almofadas de gel para cadeiras de rodas	1.400,00 €	14,28%	199,92 €	199,92 €	199,92 €	199,92 €	199,92 €
1 maca hidráulica para banho assistido	1.600,00 €	14,28%	228,48 €	228,48 €	228,48 €	228,48 €	228,48 €
2 Carros rodados aço inox p/ transporte de roupa limpa	2.200,00 €	14,28%	314,16 €	314,16 €	314,16 €	314,16 €	314,16 €
2 carros de roupa suja aço inox - Suporte duplo	656,00 €	14,28%	93,68 €	93,68 €	93,68 €	93,68 €	93,68 €
2 carro rodado em inox para higiene de doentes	1.400,00 €	14,28%	199,92 €	199,92 €	199,92 €	199,92 €	199,92 €
2 carros rodados para medicamentos unidose	1.230,00 €	14,28%	175,64 €	175,64 €	175,64 €	175,64 €	175,64 €
40 pastilheiro semanal 4 tomas	542,00 €	14,28%	77,40 €	77,40 €	77,40 €	77,40 €	77,40 €
4 cortador de comprimidos	17,61 €	14,28%	2,51 €	2,51 €	2,51 €	2,51 €	2,51 €
2 pinças para tubos de maggill	14,00 €	14,28%	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €
Equipamento para sala de desinfecção e Lavagem:							
1 Bancada com 2 cubas. Aço inox	3.071,00 €	14,28%	438,54 €	438,54 €	438,54 €	438,54 €	438,54 €
1 Tina de lavagem po U.S., 20 litros com cesto e tarpa	4.171,00 €	14,28%	595,62 €	595,62 €	595,62 €	595,62 €	595,62 €
1 Pistola de ar e água (conjunto)	835,00 €	14,28%	119,24 €	119,24 €	119,24 €	119,24 €	119,24 €
1 Carro de apoio em inox	457,00 €	14,28%	65,26 €	65,26 €	65,26 €	65,26 €	65,26 €
1 Máquina de Lavar, desinfectar e secar, incluindo carro op e 4 tabuleiros em rede inox para ic	13.658,00 €	14,28%	1.950,36 €	1.950,36 €	1.950,36 €	1.950,36 €	1.950,36 €
Equipamento p/ preparação e empacotamento:							
1 Bancada em Aço inox	2.731,00 €	14,28%	389,99 €	389,99 €	389,99 €	389,99 €	389,99 €
1 Aparelho de 23 litros automático para desinfecção	6.703,00 €	14,28%	957,19 €	957,19 €	957,19 €	957,19 €	957,19 €
1 Carro de apoio em inox	457,00 €	14,28%	65,26 €	65,26 €	65,26 €	65,26 €	65,26 €
1 Máquina de selar com sistema de impressão de datas	4.572,00 €	14,28%	652,88 €	652,88 €	652,88 €	652,88 €	652,88 €
1 Dispensador de rolos de manga mista em aço inox	625,00 €	14,28%	89,25 €	89,25 €	89,25 €	89,25 €	89,25 €
Equipamento de Diagnóstico e Apoio:							
1 carro de emergência com desfibrilhador, garrafa de O2, mascaras, laringoscópio, ressuscitador, portátil com suporte rodado	6.340,50 €	14,28%	905,42 €	905,42 €	905,42 €	905,42 €	905,42 €
3 monitor de sinais vitais com SpO2, respiração e temperatura	9.420,00 €	14,28%	1.345,18 €	1.345,18 €	1.345,18 €	1.345,18 €	1.345,18 €
2 monitor de sinais vitais com NIBP, SpO2	5.750,00 €	14,28%	821,10 €	821,10 €	821,10 €	821,10 €	821,10 €
1 Electrocardiografo de 12 canais	5.050,00 €	14,28%	721,14 €	721,14 €	721,14 €	721,14 €	721,14 €
1 ventilador de suporte	4.910,00 €	14,28%	701,15 €	701,15 €	701,15 €	701,15 €	701,15 €
3 aspirador de secreções portátil	5.199,00 €	14,28%	742,42 €	742,42 €	742,42 €	742,42 €	742,42 €
1 Carro de urgência e Emerg. Médica cor vermelha c/ botija de O2	2.350,00 €	14,28%	335,58 €	335,58 €	335,58 €	335,58 €	335,58 €
TOTAL			121.640,52 €	121.640,52 €	120.195,41 €	118.159,83 €	117.199,04 €

Anexo VI

**Cálculo Detalhado das Rubricas dos Gastos com Fornecimentos
e Serviços Externos**

GASTOS COM CONSUMÍVEIS DE ENFERMAGEM

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Soros				
Soro fisiológico NaCl 0,9% 250mL (para via E.V)	13	2,18 €	28,34 €	340,08 €
Soro fisiológico NaCl 0,9% 100mL (para via E.V)	13	1,99 €	25,87 €	310,44 €
Soro fisiológico 1000mL (para via E.V)	5	2,85 €	14,25 €	171,00 €
Soro fisiológico 500mL (para via E.V)	5	1,71 €	8,55 €	102,60 €
Ionosteril G 1000mL (para via E.V)	5	3,40 €	17,00 €	204,00 €
Ionosteril 1000mL (para via E.V)	5	3,69 €	18,45 €	221,40 €
Soro glicosado 5% 1000mL (para via E.V)	5	4,39 €	21,95 €	263,40 €
Soro glicosado 5% 500mL (para via E.V)	5	2,90 €	14,50 €	174,00 €
Soro fisiológico de lavagem 500 mL	26	1,33 €	34,58 €	414,96 €
Soro fisiológico de lavagem 250mL	22	3,15 €	94,50 €	1.134,00 €
Água bidestilada 100 mL	3	3,55 €	10,65 €	127,80 €
Água destilada 1 L	7	2,59 €	18,13 €	217,56 €
Agulhas – Cateteres				
Agulhas 0,80*40mm 21G*1,5	26	0,06 €	1,62 €	19,42 €
Agulhas 0,90*25mm 20G*1	26	0,10 €	2,53 €	30,33 €
Cateter intravenoso - Abocath 22G	13	0,68 €	8,84 €	106,08 €
Cateter intravenoso - Abocath 20G	13	0,68 €	8,84 €	106,08 €
Agulhas para caneta de insulina BD 0,25*8	26	0,09 €	2,26 €	27,08 €
Agulhas para caneta de insulina BD 0,25*5	26	0,09 €	2,26 €	27,08 €
Lancetas Esterilizadas	260	0,03 €	7,02 €	84,24 €
Seringas				
Seringas estéreis 2mL	13	0,04 €	0,48 €	5,77 €
Seringas estéreis 5mL	26	0,04 €	1,14 €	13,73 €
Seringas estéreis 10mL	26	0,07 €	1,74 €	20,90 €
Seringas estéreis 20mL	13	0,11 €	1,37 €	16,38 €
Seringas estéreis de alimentação 100mL	26	1,00 €	26,00 €	312,00 €
Material para soro-terapia				
Sistemas de soro gota a gota	13	0,41 €	5,33 €	63,96 €
Obturador	26	0,57 €	6,84 €	82,08 €
Contentor de agulhas 2L	3	1,95 €	5,85 €	70,20 €
Sondas – Algalias				
Sondas nasogástricas Ch.18	18	0,56 €	10,08 €	120,96 €
Sondas nasogástricas Ch.16	8	0,56 €	4,48 €	53,76 €
Sonda vesical de látex Ch.18	13	0,27 €	3,51 €	42,12 €
Sonda vesicular de látex Ch.16	13	0,27 €	3,51 €	42,12 €
Sonda vesicular de látex Ch.14	8	0,27 €	2,16 €	25,92 €
Sondas de aspiração Ch.18	13	0,30 €	3,90 €	46,80 €
Sondas de aspiração Ch.14	26	0,30 €	7,80 €	93,60 €
Sondas de aspiração Ch.12	13	0,30 €	3,90 €	46,80 €
Sondas rectais Ch.28	13	0,38 €	4,94 €	59,28 €
Sondas rectais Ch.24	13	0,33 €	4,29 €	51,48 €
Material Urologia				
Sacos colectores de urina com torneira 2 L	26	0,35 €	9,10 €	109,20 €
Suportes para sacos colectores de urina (plástico)	13	0,51 €	6,63 €	79,56 €
Adaptadores urinários grande	3 saco (30 unidades)	8,60 €	25,80 €	309,60 €
Tesouras de plástico (50 un/saco)	18 unidades	0,25 €	4,58 €	54,91 €
Material para oxigénio-terapia – Vácuo				
Máscaras faciais para nebulizações	13	2,56 €	33,28 €	399,36 €
Máscaras faciais para oxigénio-terapia	13	1,60 €	20,80 €	249,60 €

GASTOS COM CONSUMÍVEIS DE ENFERMAGEM

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Pensos e Apósitos				
Actisorb 10,5 cm / 10,5 cm	8 caixas	5,09 €	40,72 €	488,64 €
Inadine 5 x 5 cm	3 caixas (25 uni/cx)	27,50 €	82,50 €	990,00 €
Pensos de hidrofibras 5 x 5 cm – Aquacel	6 caixas (10 uni/cx)	13,00 €	78,00 €	936,00 €
Pensos Gordorosos 10 x 10 cm – Jelonet	3 caixas (10 uni/cx)	9,10 €	27,30 €	327,60 €
Adaptic 7,5 x 40 mm	1 caixas (25 uni/cx)	65,52 €	65,52 €	786,24 €
Ulcerase 0,6 u/g X 30 pomada	5	10,09 €	50,45 €	605,40 €
Betadine solução dérmica 10mL	3	0,36 €	1,08 €	12,90 €
Betadine pomada (100 g)	3	4,80 €	14,40 €	172,80 €
Água oxigenada 100mL	3	0,49 €	1,47 €	17,64 €
Xylocaína gel 2%	5	13,40 €	67,00 €	804,00 €
Álcool etílico 70% 0,25L	3	0,90 €	2,70 €	32,40 €
Material para pensos – Suturas				
Sacos para esterilização E 190*65*250 (para por os kits)	260	0,08 €	19,76 €	237,12 €
Sacos para esterilização 150*200 (para compressas pequenas)	260	0,04 €	9,88 €	118,56 €
Sacos para esterilização 150*300 (para compressas grandes)	260	0,06 €	14,82 €	177,84 €
Compressas não esterilizadas 7.5*7.5	10	0,02 €	0,19 €	2,26 €
Compressas não esterilizadas 20*15	10	0,09 €	0,94 €	11,28 €
Adesivo hipoalérgico 10*10	10	1,88 €	18,80 €	225,60 €
Adesivo hipoalérgico 10*20	8	3,75 €	30,00 €	360,00 €
Algodão hidrofílico (saco de 50g)	3	0,49 €	1,47 €	17,64 €
Penso Adesivo Esterilizado 6,5 x 5 cm – OpSite	2 caixas (100 uni/cx)	66,00 €	132,00 €	1.584,00 €
Penso Adesivo Esterilizado 15,5 x 8,5 cm – OpSite	2 caixas (20 uni/cx)	37,00 €	74,00 €	888,00 €
Ligaduras 4*10cm	3 caixas	4,80 €	14,40 €	172,80 €
Ligaduras 4*15cm	3 caixas	7,30 €	21,90 €	262,80 €
Ligaduras de algodão 4 m x 5 cm	13	0,10 €	1,30 €	15,60 €
Pensos rápidos – Tiritas Plastic	3 caixas (20 uni/cx)	0,89 €	2,67 €	32,04 €
Pele plástica - OpSite Spray (100 ml)	3	9,95 €	29,85 €	358,20 €
Suturas Cutâneas - Steri-strip 1/4in*4in-6mm*100mm 3M R154 6	8	0,38 €	1,14 €	13,64 €
Bistouris c/ cabo (caixa de 10 unidades)	3 caixas	4,00 €	12,00 €	144,00 €
Material para higiene – protecção				
Luvras não esterilizadas tamanho S	10	0,07 €	0,72 €	8,64 €
Luvras não esterilizadas tamanho M	10	0,07 €	0,72 €	8,64 €
Luvras não esterilizadas tamanho L	5	0,07 €	0,36 €	4,32 €
Luvras estéreis tamanho pequeno	26	0,15 €	3,77 €	45,24 €
Luvras estéreis tamanho médio	26	0,15 €	3,77 €	45,24 €
Luvras palhaço (100 un/cx)	1 caixa (100 un/cx)	0,96 €	0,96 €	11,52 €
Espátulas estéreis (90 un/cx)	3 caixas (90 un/cx)	14,74 €	44,22 €	530,64 €
Espátulas não estéreis (100 un/cx)	3 caixas (100 un/cx)	1,60 €	4,80 €	57,60 €
Máscaras faciais de protecção	3 caixas	2,20 €	6,60 €	79,20 €
Avatais de protecção	26	0,07 €	1,82 €	21,84 €
Bastões de limpeza	52	0,17 €	8,94 €	107,33 €
Compressas de traqueostomia esterilizadas 8*9cm	2 caixas (150 uni/cx)	34,00 €	68,00 €	816,00 €
Rolos de papel para marquesa 50 m x 48 cm de 18 g/m2	1 unidade	4,50 €	4,50 €	54,00 €
Toalhetes desinfetantes para as mãos	26	0,01 €	0,36 €	4,37 €
Desinfetante de superfícies 1000 ml	1 embalagem	15,50 €	15,50 €	186,00 €
Sacos do lixo branco com indicativo Risco Biológico	3 embalagens (100 uni/emb)	22,00 €	66,00 €	792,00 €
TOTAL			1.584,93 €	19019,21880

GASTOS COM MEDICAMENTOS / FÁRMACOS

Descrição	Dose/Dia	Dose/Mês	Preço Embalagem	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Adalat 30 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	11,32 €	0,40 €	18,19 €	218,31 €
Captopril 25 mg (60 comp./emb.)	6,5	195	6,93 €	0,12 €	22,52 €	270,27 €
Bunil 25 mg (60 comp./emb.)	11	330	5,27 €	0,09 €	28,99 €	347,82 €
Fluoxetina 20 mg (60 comp./emb.)	3	90	14,10 €	0,24 €	21,15 €	253,80 €
Indapamida 1,5 mg (30 comp./emb.)	1,5	45	4,65 €	0,16 €	6,98 €	83,70 €
Atarax 25 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	4,61 €	0,15 €	6,92 €	82,98 €
Sinemet 25/100 (60 comp./emb.)	21	630	7,21 €	0,12 €	75,71 €	908,46 €
Lanoxin MD 0,125 mg (60 comp./emb.)	2,5 (2ª a 6ª feira)	50	2,07 €	0,03 €	1,73 €	20,70 €
Xanax 0,25 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	4,70 €	0,08 €	3,53 €	42,30 €
Sinvastatina 20 mg (60 comp./emb.)	2	60	8,28 €	0,14 €	8,28 €	99,36 €
Lasix 40 mg (60 comp./emb.)	16	480	4,78 €	0,08 €	38,24 €	458,88 €
Bisoprolol 5 mg (60 comp./emb.)	1	30	5,34 €	0,09 €	2,67 €	32,04 €
Triatec 1,25 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	10,57 €	0,18 €	7,93 €	95,13 €
Risperidona 1 mg (60 comp./emb.)	3	90	20,98 €	0,35 €	31,47 €	377,64 €
Lexotan 1,5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	3,73 €	0,06 €	2,80 €	33,57 €
Aspegic 100 mg (20 carteiras/emb.)	5,5	165	1,65 €	0,08 €	13,61 €	163,35 €
Sertralina 100 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	25,45 €	0,42 €	19,09 €	229,05 €
Sertralina 50 mg (60 comp./emb.)	3,5	105	15,79 €	0,26 €	27,63 €	331,59 €
Ebixa 10 mg (28 comp./emb.)	1	30	69,11 €	2,47 €	74,05 €	888,56 €
Unisedil 5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	2,93 €	0,05 €	2,20 €	26,37 €
Lescol 40 mg (56 comp./emb.)	3	90	36,30 €	0,65 €	58,34 €	700,07 €
Noostan 1,2 g (60 comp./emb.)	1,5	45	4,82 €	0,08 €	3,62 €	43,38 €
Viterra (30 comp./emb.)	3	90	9,10 €	0,30 €	27,30 €	327,60 €
Folifer 1,9 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	12,43 €	0,21 €	9,32 €	111,87 €
Omeprazol 20 mg (20 comp./emb.)	3	90	25,50 €	1,28 €	114,75 €	1.377,00 €
AAS 150 mg (20 comp./emb.)	4	120	3,65 €	0,18 €	21,90 €	262,80 €
Dumyrox 50 mg (60 comp./emb.)	3	90	14,25 €	0,24 €	21,38 €	256,50 €
Seroquel 100 mg (60 comp./emb.)	3	90	62,27 €	1,04 €	93,41 €	1.120,86 €
Meticorten 5 mg (30 comp./emb.)	0,5	15	1,42 €	0,05 €	0,71 €	8,52 €
Ledertrexato 2,5 mg (100 comp./emb.)	1	30	9,82 €	0,10 €	2,95 €	35,35 €
Cártia 100 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	3,50 €	0,13 €	5,63 €	67,50 €
Lorenin 1 mg (30 comp./emb.)	7	210	1,95 €	0,07 €	13,65 €	163,80 €
Trental 400 mg (60 comp./emb.)	12	360	11,35 €	0,19 €	68,10 €	817,20 €
Singulair 10 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	37,47 €	1,34 €	60,22 €	722,64 €
Tromalyt 150 mg (28 comp./emb.)	8,5	255	2,12 €	0,08 €	19,31 €	231,69 €
Filotempo 225 mg (60 comp./emb.)	3	90	5,08 €	0,08 €	7,62 €	91,44 €
Nexiun 20 mg (56 comp./emb.)	1,5	45	54,14 €	0,97 €	43,51 €	522,06 €
Amiodarona 200 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	6,17 €	0,10 €	4,63 €	55,53 €
Eutinox 25 mcg (60 comp./emb.)	4	120	3,54 €	0,06 €	7,08 €	84,96 €
Donepezilo 5 mg (56 comp./emb.)	2	60	82,80 €	1,48 €	88,71 €	1.064,57 €
Vitalux (50 comp./emb.)	1,5	45	16,89 €	0,34 €	15,20 €	182,41 €
Triticum 100 mg (60 comp./emb.)	3	90	10,42 €	0,17 €	15,63 €	187,56 €
Zofenil 30 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	15,82 €	0,57 €	25,43 €	305,10 €
Paroxetina 20 mg (60 comp./emb.)	3,5	105	22,53 €	0,38 €	39,43 €	473,13 €
Miostenil 250 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	7,67 €	0,13 €	5,75 €	69,03 €
Alzen SR 50 mg (60 comp./emb.)	0,5	15	27,12 €	0,45 €	6,78 €	81,36 €
Aldactone 25 mg (60 comp./emb.)	5,5	165	7,34 €	0,12 €	20,19 €	242,22 €
Ciprallex 10 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	41,66 €	0,69 €	31,25 €	374,94 €
Olcadil 2 mg (60 comp./emb.)	3	90	5,34 €	0,09 €	8,01 €	96,12 €
Pantoc 20 mg (56 comp./emb.)	4	120	19,37 €	0,35 €	41,51 €	498,09 €
Amizal 45 mg (60 comp./emb.)	3	90	31,84 €	0,53 €	47,76 €	573,12 €
Zarator 20 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	37,77 €	1,35 €	60,70 €	728,42 €
Zarator 10 mg (56 comp./emb.)	1,5	45	40,69 €	0,73 €	32,70 €	392,37 €
Kreon 150 mg (60 capsolas/emb.)	4	120	9,64 €	0,16 €	19,28 €	231,36 €
Zyloric 100 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	4,10 €	0,07 €	3,08 €	36,90 €
Zyloric 300mg (60 comp./emb.)	3	90	5,17 €	0,09 €	7,76 €	93,06 €
Diulo 5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	9,76 €	0,16 €	7,32 €	87,84 €
Fosavance 70/2800 (4 comp./emb.)	1,5 (por semana)	6	27,58 €	6,90 €	41,37 €	496,44 €

GASTOS COM MEDICAMENTOS / FÁRMACOS

Descrição	Dose/Dia	Dose/Mês	Preço Embalagem	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Pravastatina 20 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	27,11 €	0,45 €	20,33 €	243,99 €
Renidur 20 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	21,87 €	0,36 €	16,40 €	196,83 €
Hyperium 1 mg (30 comp./emb.)	3	90	10,70 €	0,36 €	32,10 €	385,20 €
Triptizol 10 mg (60 comp./emb.)	4	120	2,15 €	0,04 €	4,30 €	51,60 €
Claudicat 600 mg (60 comp./emb.)	3	90	14,82 €	0,25 €	22,23 €	266,76 €
Enalapril 5 mg (60 comp./emb.)	3	90	4,31 €	0,07 €	6,47 €	77,58 €
Ticlopidina 250 mg (60 comp./emb.)	3	90	11,33 €	0,19 €	17,00 €	203,94 €
Deflazacort / Rosilan 6 mg (20 comp./emb.)	1,5	45	8,40 €	0,42 €	18,90 €	226,80 €
Finasterida 5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	26,00 €	0,43 €	19,50 €	234,00 €
Lipanol 100 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	9,69 €	0,16 €	7,27 €	87,21 €
Terazosina 5 mg (30 comp./emb.)	1,5	45	9,57 €	0,32 €	14,36 €	172,26 €
Diltiazem 180 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	14,33 €	0,24 €	10,75 €	128,97 €
Letter 100 mcg (60 comp./emb.)	2	60	4,12 €	0,07 €	4,12 €	49,44 €
Formoterol 12 mcg (60 comp./emb.)	3	90	15,24 €	0,25 €	22,86 €	274,32 €
Spiriva 18 mcg (30 comp./emb.)	2	45	43,88 €	1,46 €	65,82 €	789,84 €
Betaserc 16 mg (60 comp./emb.)	8,5	255	8,44 €	0,14 €	35,87 €	430,44 €
Varfine 5 mg (60 comp./emb.)	1	30	3,35 €	0,06 €	1,68 €	20,10 €
Aprovel 300 mg (28 comp./emb.)	1	30	27,33 €	0,98 €	29,28 €	351,39 €
Pursennide 20 mg (20 comp./emb.)	1,5	45	4,49 €	0,22 €	10,10 €	121,23 €
Nexium 20 mg (50 comp./emb.)	1,5	45	54,14 €	1,08 €	48,73 €	584,71 €
Dagravit B complex forte (30 comp./emb.)	1,5	45	4,80 €	0,16 €	7,20 €	86,40 €
Folicil 5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	5,35 €	0,09 €	4,01 €	48,15 €
Duspatal 200 mg (30 comp./emb.)	5,5	165	6,08 €	0,20 €	33,44 €	401,28 €
Celebrex 100 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	25,25 €	0,42 €	18,94 €	227,25 €
Zolpidem 10 mg (14 comp./emb.)	1,5	45	2,29 €	0,16 €	7,36 €	88,33 €
Cinet 10 mg (60 comp./emb.)	4	120	5,36 €	0,09 €	10,72 €	128,64 €
Aspirina 100 mg (30 comp./emb.)	3	90	3,50 €	0,12 €	10,50 €	126,00 €
Vastarel LM 35 mg (60 comp./emb.)	5,5	165	10,51 €	0,18 €	28,90 €	346,83 €
Flindix 5 mg (60 comp./emb.)	3	90	2,27 €	0,04 €	3,41 €	40,86 €
Lendormin 0,25 mg (14 comp./emb.)	1,5	45	2,92 €	0,21 €	9,39 €	112,63 €
Stugeron forte 75 mg (60 comp./emb.)	3	90	7,18 €	0,12 €	10,77 €	129,24 €
Trausan 100 mg/ml (50 ml/emb.)	5,5	165	14,48 €	0,29 €	47,78 €	573,41 €
Daonil 5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	4,70 €	0,08 €	3,53 €	42,30 €
Olsar 20 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	19,76 €	0,71 €	31,76 €	381,09 €
Spasmomen 40 mg (60 comp./emb.)	3	90	12,27 €	0,20 €	18,41 €	220,86 €
Diovan 80 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	20,60 €	0,74 €	33,11 €	397,29 €
Venex forte 450 mg (60 comp./emb.)	3	90	20,31 €	0,34 €	30,47 €	365,58 €
Dancor 10 mg (60 comp./emb.)	3	90	12,56 €	0,21 €	18,84 €	226,08 €
Cardiol 40 mg (56 comp./emb.)	1,5	45	36,84 €	0,66 €	29,60 €	355,24 €
Nitradisc 5 mg (30 sist	1,5	45	15,02 €	0,50 €	22,53 €	270,36 €
Dilfar 60 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	8,90 €	0,15 €	6,68 €	80,10 €
Imdur 60 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	11,84 €	0,20 €	8,88 €	106,56 €
Becozy m Plus (20 comp./emb.)	1,5	45	5,50 €	0,28 €	12,38 €	148,50 €
Isoptin 40 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	4,10 €	0,07 €	3,08 €	36,90 €
Tardyferon 256,3 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	5,02 €	0,08 €	3,77 €	45,18 €
Ultra Vinca 5 mg (60 comp./emb.)	3	90	11,45 €	0,19 €	17,18 €	206,10 €
Jumex 5 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	17,43 €	0,29 €	13,07 €	156,87 €
Pritor 40 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	18,29 €	0,65 €	29,39 €	352,74 €
Risperdal 1mg/ml (30 ml/emb.)	1,5	45	10,63 €	0,35 €	15,95 €	191,34 €
Diamicron 30 mg (60 comp./emb.)	3	90	9,74 €	0,16 €	14,61 €	175,32 €
Amiloride 5/50 (60 comp./emb.)	1,5	45	4,35 €	0,07 €	3,26 €	39,15 €
Metformina 1000 mg (60 comp./emb.)	3	90	3,62 €	0,06 €	5,43 €	65,16 €
Cymbalta 60 mg (28 capsolas/emb.)	1,5	45	38,34 €	1,37 €	61,62 €	739,41 €
Lanzoprazol 15 mg (56 comp./emb.)	1,5	45	15,55 €	0,28 €	12,50 €	149,95 €
Loortan 50 mg (28 comp./emb.)	1,5	45	37,49 €	1,34 €	60,25 €	723,02 €
Inderal 16 mg (60 comp./emb.)	3	90	1,48 €	0,02 €	2,22 €	26,64 €
Bialzepam 3 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	3,19 €	0,05 €	2,39 €	28,71 €
Cerestabon 30 mg (60 comp./emb.)	1,5	45	23,90 €	0,40 €	17,93 €	215,10 €
TOTAL					2.594,15 €	31.129,85 €

GASTOS COM EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Electrocardiograma	4	20,00 €	80,00 €	960,00 €
Analises Clínicas				
Hemograma	4	8,73 €	34,92 €	419,04 €
Plaquetas	4	2,49 €	9,96 €	119,52 €
Ureia	4	2,49 €	9,96 €	119,52 €
Creatinina	4	2,49 €	9,96 €	119,52 €
Transaminases	4	15,00 €	60,00 €	720,00 €
Gama GT	4	9,98 €	39,92 €	479,04 €
Colesterol Total	4	3,74 €	14,96 €	179,52 €
Colesterol LDL	4	4,99 €	19,96 €	239,52 €
Colesterol Total	4	4,99 €	19,96 €	239,52 €
Urina tipo II	4	2,49 €	9,96 €	119,52 €
TSH – Hormona tireo – estimulante	4	31,17 €	124,68 €	1.496,16 €
T3	4	22,45 €	89,80 €	1.077,60 €
T4	4	22,45 €	89,80 €	1.077,60 €
TOTAL			613,84 €	7.366,08 €

GASTOS COM HIGIENE E LIMPEZA

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Guardanapos 33x33	88 maços (80 uni/maço)	0,39 €	34,41 €	412,90 €
Papel higiénico bulk tork plus	44 maços (36 uni/maço)	1,33 €	58,70 €	704,35 €
Detergente loiça manual 1 L	3	1,05 €	3,14 €	37,66 €
Creme de limpeza Cif 750 ml	4	1,40 €	5,60 €	67,20 €
Detergente pó para máquina de loiça 2,5 Kg	4	7,20 €	28,80 €	345,60 €
Desinfectante para chão – Indur 5 Kg	1	10,33 €	10,33 €	123,96 €
Luv as de latex	400	0,04 €	14,00 €	168,00 €
Luv as vinyl – Tamanho S	400	0,05 €	18,00 €	216,00 €
Sacos de plástico transparente	358	0,04 €	13,60 €	163,25 €
Esfregona	2	2,52 €	5,03 €	60,41 €
Sacos de plástico pretos 60 x 80 de 50 Lt	215	0,07 €	15,48 €	185,76 €
Esponja loiça c/ esfregão	2	0,79 €	1,58 €	18,98 €
Espremedor para balde de limpeza	0,5	1,51 €	0,76 €	9,06 €
Pá de lixo	1	0,96 €	0,96 €	11,50 €
Pano multiusos	6	0,25 €	1,48 €	17,78 €
Desinfectante de lixívia c/detergente 4 Kg	1	0,97 €	0,97 €	11,66 €
Toalhas da mão zig zag 25 x 33	42 maços (180 uni/maço)	1,39 €	58,17 €	698,04 €
TOTAL			271,01 €	3.252,11 €

GASTOS ADMINISTRATIVOS

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Material de Escritório				
Pastas de plástico	26 unidades	0,36 €	9,31 €	111,70 €
Dossier lombada pequena	2 unidades	1,22 €	2,43 €	29,16 €
Dossiers lombada média	4 unidades	1,26 €	5,03 €	60,34 €
Dossiers de lombada larga	4 unidades	1,44 €	5,76 €	69,12 €
Caderno A5 pautado	2 unidades	0,47 €	0,95 €	11,38 €
Separadores em plástico 1 a 10	6 embalagens	1,09 €	6,53 €	78,41 €
Micas A4 (Pack 100)	50 unidades	0,06 €	3,00 €	36,00 €
Papel (Resma A4)	3 resmas	2,55	7,65 €	91,80 €
Papel autocolante transparente (rolo)	3 metros	0,44 €	1,32 €	15,84 €
Cola safel (Caixa 110 unidades)	3 unidades	0,38 €	1,15 €	13,79 €
Cola stick – UHU 40 g	2 unidades	1,37 €	2,74 €	32,93 €
Fita cola 10 m x15 mm	1 unidade	0,28 €	0,28 €	3,41 €
Fita cola larga transparente	1 unidade	0,67 €	0,67 €	7,99 €
Clips n.º 2	1 caixa	0,20 €	0,20 €	2,44 €
Clips n.º 4	1 caixa	0,21 €	0,21 €	2,46 €
Agrafos 24/6	1 caixas	0,17 €	0,17 €	2,03 €
Tinteiro de cor para impressora	1	40,00 €	40,00 €	480,00 €
Tinteiro preto para impressora	1	30,00 €	30,00 €	360,00 €
Corrector de caneta	1	0,54	0,54 €	6,42 €
Lápis de carvão n.º 2	3	0,11 €	0,32 €	3,89 €
Canetas de feltro fino	3	1,04 €	3,12 €	37,44 €
Caneta acetato	1 unidade	0,77 €	0,77 €	9,25 €
Caneta esferográfica vermelha	2	0,13 €	0,13 €	1,51 €
Caneta esferográfica azul	4	0,11 €	0,11 €	1,34 €
Caneta esferográfica preta	2	0,12 €	0,24 €	2,86 €
Marcador amarelo fluorescente	1	0,44 €	0,44 €	5,33 €
X-acto	1	0,18 €	0,18 €	2,17 €
Blocos amarelos post-it pequeno	1	0,13 €	0,13 €	1,61 €
Envelopes pequenos branco	15	0,02 €	0,33 €	3,96 €
Borrachas branca	1 unidade	0,07 €	0,07 €	0,89 €
TOTAL			123,79 €	1.485,44 €

GASTOS COM GÉNEROS ALIMENTÍCIOS

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Pequeno-almoço	1170	1,10 €	1.171,10 €	14.053,20 €
Almoço	1170	2,00 €	1.172,00 €	14.064,00 €
Lanche	1170	1,10 €	1.287,00 €	15.444,00 €
Jantar	1170	2,00 €	2.340,00 €	28.080,00 €
TOTAL			5.970,10 €	71.641,20 €

GASTOS COM HIGIENE PESSOAL

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Dentífrico	10	1,80 €	18,00 €	216,00 €
Sabão Líquido Hipo-alérgico 500 ml	10	2,69 €	26,90 €	322,80 €
Desinfectante para mãos 500 ml	8	5,20 €	41,60 €	499,20 €
Champô 10 Lt	1	24,50 €	12,25 €	147,00 €
Fraldas Tena Slip Plus Tamanho M (24 unid.)	60	9,82 €	589,20 €	7.070,40 €
Pomadas / Cremes				
ATL Creme Hidratante boião de 1000 g	1	27,90 €	27,90 €	334,80 €
ATL Creme Gordo bisnaga de 100 g	2	9,36 €	18,72 €	224,64 €
Halibut Pomada bisnaga de 100 g	4	5,50 €	22,00 €	264,00 €
Biafine Emulsão Tópica 100 mL	4	7,17 €	28,68 €	344,16 €
Barral Creme Gordo boião 200 g	2	16,37 €	32,74 €	392,88 €
TOTAL			817,99 €	9.815,88 €

GASTOS GERAIS

Descrição	Qtd/Mês	Preço Unitário	Total Mensal	Total Anual
Energia e Fluidos				
Água			35,00 €	420,00 €
Electricidade			162,00 €	1.944,00 €
Combustíveis	15 Kms / Utente	0,36 €	210,60 €	2.527,20 €
Comunicações				
Televisão + Internet + Telefone			42,59 €	511,08 €
Correspondência			30,00 €	360,00 €
Serviços Diversos				
Conservação e reparação			115,00 €	1.380,00 €
Seguros			212,50 €	2.550,00 €
Contencioso e Notariado			25,00 €	300,00 €
Serviços Especializados				
Trabalhos Especializados			458,50 €	5.502,00 €
Honorários (Médico)				
TOTAL			1.291,19 €	15.494,28 €